



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**OBESIDADE E MORBILIDADE PSICOLÓGICA:**

**Psicopatologia, Alterações da Personalidade, Auto-Conceito e  
Estratégias de *Coping* em Obesos Seleccionados e a Aguardar a  
Cirurgia Bariátrica**

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

**Por**

**Leonel Agostinho Gonçalves de Oliveira Martins**



**Centro Regional de Braga**

**Faculdade de Filosofia**

**Setembro 2011**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**OBESIDADE E MORBILIDADE PSICOLÓGICA:**

**Psicopatologia, Alterações da Personalidade, Auto-Conceito e  
Estratégias de *Coping* em Obesos Seleccionados e a Aguardar a  
Cirurgia Bariátrica**

**Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Por**

**Leonel Agostinho Gonçalves de Oliveira Martins**

**Trabalho efectuado sob a orientação da**

**Professora Doutora Eleonora Cunha Veiga Costa**



**Centro Regional de Braga**

**Faculdade de Filosofia**

**Setembro 2011**

*Para quem a mudança pode ser tudo  
Pois esta acontece,  
A todos que tornaram possível a concretização desta tese*

## **AGRADECIMENTOS**

A Universidade Católica pelo excelente local de estágio e de investigação proporcionado em contacto com a realidade hospitalar e clínica. Ao Centro Hospitalar Alto Ave, instituição que aposta na investigação e busca de uma melhor qualidade dos serviços.

À Professora Eleonora Cunha Veiga Costa pela preciosa orientação, pela partilha de conhecimentos e debates, pelas dúvidas que foram dissipadas e pela confiança e reforços demonstrados durante todo o percurso de construção deste trabalho.

Ao Dr. José Luís Gouveia do Centro Hospitalar Alto Ave que tornou possível a concretização desta investigação e pelos incentivos, no qual estou imensamente grato pela preciosa orientação. Pela sua disponibilidade e assertividade demonstrada na concretização deste processo.

Agradeço às pessoas participaram neste estudo e pelo seu contributo para a construção do conhecimento científico e da elaboração desta investigação. Este trabalho pretendeu conhecê-los cada vez melhor através de uma empatia mútua.

A minha família que sempre me incentivou, reforçou e apoiou na concretização desta investigação nos momentos mais felizes e mais difíceis, com uma atitude de incentivo constante no sentido da promoção e desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos aqueles que tenho a certeza de estar a omitir, mas que contribuíram de forma directa ou indirecta para a realização deste trabalho. Finalmente agradeço também à minha família e aos meus amigos. Todos eles estiveram e estarão sempre presentes.

## RESUMO

A obesidade é uma doença crónica e multifactorial constituindo um dos mais sérios problemas de saúde pública. Este estudo teve como objectivo identificar a morbilidade psicológica em 218 obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica, através de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal e correlacional, foi realizado um perfil psicopatológico, alterações da personalidade, auto-conceito e estratégias de *coping*. A metodologia de avaliação utilizada baseou-se na aplicação dos seguintes instrumentos: questionário sócio-demográfico, questionário clínico, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R); *Multiphasic Personality Inventory* (Mini-Mult); *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) e o Inventário Clínico de Auto-conceito (ICAC). Foram formuladas quatro hipóteses: a Hipótese 1 previa que variáveis sócio-demográficas influenciassem diferenças nos níveis de ansiedade e depressão; a Hipótese 2 previa que o auto-conceito estivesse correlacionado com psicopatologia e alterações da personalidade; a Hipótese 3 previa que as estratégias de *coping* existissem correlacionadas com psicopatologia e alterações da personalidade; por último, a Hipótese 4 previa que o auto-conceito estivesse correlacionado com as estratégias de *coping*. Dos resultados obtidos, salientam-se a que os obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica apresentam elevados níveis de somatização, *distress* associado a funções corporais. Foram também verificadas percentagens consideráveis de sujeitos que apresentam níveis elevados de sintomatologia depressiva (19% e 32%), ansiosa (20% e os 31%), sensibilidade interpessoal (35.3%), ideação paranóide (45.7%). As mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa que os homens. A medida que envelhecem apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa. Os residentes em zonas rurais apresentam mais sintomatologia ansiosa. Verificou-se uma correlação negativa entre escalas de psicopatologia com o auto-conceito. Foram identificadas estratégias de *coping* associadas a maior psicopatologia em especial a Fuga-evitamento. Foi verificada uma associação baixa entre auto-conceito e estratégias de *coping*. O achado de perturbações clinicamente significativas em alguns pacientes é relevante e deve ser considerado na sua abordagem terapêutica tendo em vista o sucesso da cirurgia bariátrica.

**Palavras-chave:** Obesidade, cirurgia bariátrica, morbilidade psicológica, psicopatologia, alterações da personalidade, auto-conceito e estratégias de *coping*.

## ABSTRACT

Obesity is a multifactorial chronic disease constituting one of the most serious public health problems. This study aimed to identify the psychological morbidity in 218 obese selected and awaiting for the bariatric surgery, through an epidemiological, descriptive, cross-sectional and correlational study, there was made a profile psychopathological, personality disorders, self-concept and coping strategies. The evaluation methodology used was based on the application of the following instruments: socio-demographic questionnaire, a clinical questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R); Multiphasic Personality Inventory (Mini -Mult), Ways of Coping Questionnaire (WCQ) and Clinical Inventory Self-concept (ICAC). Four hypotheses were formulated: Hypothesis 1 predicted that the socio-demographic differences would influence levels of anxiety and depression; the second hypothesis predicted that self-concept was correlated with psychopathology and personality disorders; the third hypothesis predicted that coping strategies was correlated with psychopathology and personality disorders; and finally, the fourth hypothesis predicted that self-concept was correlated with coping strategies. The results obtained in this study show that obese selected and waiting the bariatric surgery have high levels of somatization, distress associated with body functions. It was also found considerable percentage of subjects who have high levels of depressive symptoms (19% and 32%), anxious (20% and 31%), interpersonal sensitivity (35.3%), paranoid ideation (45.7%). Women have more depressive and anxious symptoms than men. As they age have more depressive and anxious symptoms. Residents in rural areas have more anxiety symptoms. There was a negative correlation between scales of psychopathology with the self-concept. There were identified some coping strategies associated with greater psychopathology, in particular the Escape-avoidance. It was found a low association between self-concept and coping strategies. The finding of clinically significant disturbances in some patients is relevant and should be considered in its therapeutic approach in view of the success of bariatric surgery.

**Keywords:** Obesity, bariatric surgery, psychological morbidity, psychopathology, personality disorders, self-concept and *coping* strategies.

## ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	
Resumo .....	I
Abstrat .....	II
Índice Geral .....	III
Índice de Quadros .....	VI
Índice Gráficos e Figuras.....	VII
Índice de Anexos .....	VIII
Lista de Abreviaturas .....	IX
<b>INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	4
<b>CAPÍTULO I – OBESIDADE</b> .....	4
1.1. Definição e Classificação da Obesidade .....	4
1.2. Consequências e Factores de Risco da Obesidade.....	7
1.3. Epidemiologia da Obesidade .....	9
1.3.1 Prevalência da Obesidade em Portugal .....	11
1.3.1.1 Prevalência da Obesidade em Portugal Crianças e Adolescentes .....	11
1.3.1.2 Prevalência da Obesidade em Portugal nos Adultos .....	13
1.3.1.3 Prevalência da Obesidade em Portugal nos Idosos .....	14
1.4. Etiologia da Obesidade .....	16
1.4.1 Factores Biológicos .....	16
1.4.2 Alimentação e Hábitos Alimentares .....	18
1.4.3 Diminuição da Actividade Física .....	20
1.4.4 Factores Demográficos .....	21
1.4.5 Factores Sociais e Culturais .....	23
1.4.6 Factores Comportamentais e Psicológicos .....	26
1.5 Tratamento da Obesidade e Cirurgia Bariátrica .....	29
<b>CAPÍTULO II – MORBILIDADE PSICOLÓGICA</b> .....	33
2.1 Obesidade e Morbilidade Psicológica .....	33
2.2 Depressão e Obesidade .....	36
2.3 Ansiedade e Obesidade .....	42
2.4 Perturbações do Comportamento Alimentar .....	46
2.5 Distorção da Imagem Corporal .....	49
2.6 Personalidade e Perturbações da Personalidade em obesos .....	52

<b>CAPÍTULO III – AUTO-CONCEITO E ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> EM OBESOS</b>	<b>59</b>
3.1 Preconceito em Relação aos Obesos	59
3.2 Explorando o Auto-conceito	62
3.2.1 Distinção entre Auto-conceito, Auto-eficácia e Auto-estima	68
3.3 Auto-conceito e Obesidade	70
3.4 Estratégias de <i>Coping</i>	76
3.5 Estratégias de <i>Coping</i> e Obesidade	82
3.6 Auto-conceito e Estratégias de <i>Coping</i>	85
<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	<b>88</b>
<b>CAPÍTULO I – METODOLOGIA</b>	<b>89</b>
1.1 Objectivos	89
1.2 Hipóteses do Estudo	90
1.3 Variáveis do Estudo	91
1.3.1 Variáveis Sócio-demográficas	91
1.3.2 Variáveis Clínicas	91
1.3.3 Variáveis Dependentes	92
1.4 Procedimentos na Recolha de Dados	92
1.5 Amostra	93
1.5.1 Caracterização Sócio-demográfica	94
1.5.2 Caracterização Clínica da amostra	95
1.6 Instrumentos de Avaliação	97
1.6.1 Questionário Sócio-demográfico	97
1.6.2 Questionário Clínico	97
1.6.3 <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	98
1.6.4 <i>Symptom Checklist-90-Revised</i> (SCL-90-R)	101
1.6.5 <i>Multiphasic Personality Inventory</i> (Mini-Mult)	103
1.6.6 <i>Ways of Coping Questionnaire</i> (WCQ)	106
1.6.7 Inventário Clínico de Auto-conceito (ICAC)	110
1.7 Procedimentos Estatísticos	113
<b>CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>114</b>
2.1 Obesidade e Morbilidade Psicológica	114
2.2 Resultado dos Testes de Hipóteses	121
2.2.1 Hipótese 1	122
2.2.2 Hipótese 2	125

2.2.3	Hipótese 3 .....	128
2.2.4	Hipótese 4 .....	131
2.3	Resultados das Análises Exploratórias .....	133
2.3.1	Explorando a Somatização do SCL-90-R .....	133
2.3.2	Explorando a Sensibilidade Interpessoal do SCL-90-R .....	134
2.3.3	Explorando a Ideação Paranóide do SCL-90-R .....	135
2.3.4	Explorando a Hipocondríaca do Mini-Mult .....	135
2.3.5	Explorando a Depressão do Mini-Mult .....	136
2.3.6	Explorando a Paranóia do Mini-Mult .....	137
2.3.7	Explorando a Esquizofrénica do Mini-Mult .....	138
2.3.8	Explorando o Auto-conceito e os seus Factores .....	139
2.3.9	Diferenças na Utilização de Estratégias de <i>Coping</i> em Função do Sexo .....	140
<b>CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>		<b>141</b>
3.1	Caracterização Clínica da Amostra .....	141
3.1.1	Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas .....	141
3.1.2	Obesidade e Morbilidade Psicológica .....	144
3.2	Discussão dos Testes de Hipóteses .....	150
3.2.1	Hipótese 1 .....	150
3.2.2	Hipótese 2 .....	152
3.2.3	Hipótese 3 .....	154
3.2.4	Hipótese 4 .....	155
3.3	Análises Exploratórias .....	156
<b>CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO INTEGRATIVA DO ESTUDO .....</b>		<b>159</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>		<b>164</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>202</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Classificação da Obesidade em Função do IMC .....	6
Quadro 2: Comparação Entre Estudos da Prevalência de Obesidade em Portugal .....	14
Quadro 3: Consistência Interna do HADS (N=218) .....	101
Quadro 4: Consistência Interna do SCL-90-R (N=218) .....	103
Quadro 5: Consistência Interna do Mini-Mult (N=218).....	105
Quadro 6: Consistência Interna do WCQ (N=218) .....	109
Quadro 7: Consistência Interna do ICAC (N=218) .....	112
Quadro 8: Distribuição da Média e Desvio Padrão das Sub-escalas de Ansiedade e Depressão do HADS (N=218) .....	115
Quadro 9: Distribuição da Média e Desvio Padrão das Sub-escalas e Índices de Gravidade Geral do SCL-90-R (N=218) .....	115
Quadro 10: Resultados da Correlação entre a Psicopatologia do Eixo I e Eixo II (N=218) ....	118
Quadro 11: Distribuição da Média e Desvio Padrão do Total do ICAC e seus Factores (N=218) .....	119
Quadro 12: Distribuição da Média e Desvio Padrão do WCQ e suas Sub-escalas (N=218) ....	119
Quadro 13: Correlações das Escalas de Validade do Mini-Mult com as Escalas Clínicas (N=218) .....	120
Quadro 14: Correlações de <i>Spearman</i> entre Psicopatologia e Auto-conceito (N=218) .....	126
Quadro 15: Correlações de <i>Spearman</i> entre Alterações da Personalidade e o Auto-conceito (N=218) .....	127
Quadro 16: Correlação entre Estratégias de <i>Coping</i> e Psicopatologia (N=218) .....	129
Quadro 17: Correlações entre Estratégias de <i>Coping</i> e Alterações da Personalidade (N=218) .....	130
Quadro 18: Resultado da correlação de <i>Spearman</i> entre o auto-conceito e as estratégias de <i>coping</i> (N=218) .....	132

## ÍNDICE DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico I: Rapazes com Excesso de Peso e Obesidade (N=10.675) .....	11
Gráfico II: Raparigas com Excesso de Peso e Obesidade (N= 11.373) .....	12
Gráfico III: Total de Adolescentes com Excesso de Peso e Obesidade (N=22.048) .....	12
Gráfico IV: Homens com Excesso de Peso e Obesidade (N=3.548 .....	13
Gráfico V: Mulheres com Excesso de Peso e Obesidade (N=4.180) .....	13
Gráfico VI: Total de Adultos com Excesso de Peso e Obesidade (N=7.728) .....	14
Gráfico VI: Idosos com Excesso de Peso e Obesidade (N=1.591) .....	15
Gráfico VII: Idosas com Excesso de Peso e Obesidade (N=3.121) .....	15
Gráfico VIII: Total de Idosos com Excesso de Peso e Obesidade (N=4.712) .....	16
Gráfico XIX: Perfil Mini-Mult dos obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica ....	117
Figura I: Modelo de Processamento de Stress e <i>Coping</i> (Lazarus & Folkman, 1984, adaptado de Antoniazzi et al., 1998) .....	78

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Consentimento Informado .....	203
Anexo II - Questionário Sócio-demográfico .....	205
Anexo III - Questionário Clínico .....	210
Anexo IV - <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS) .....	214
Anexo V - <i>Symptom Checklist-90</i> (SCL-90-R) .....	228
Anexo VI - <i>Multiphasic Personality Inventory</i> (Mini-Mult) .....	223
Anexo VII - <i>Ways of Coping Questionnaire</i> (WCQ) .....	228
Anexo VIII - Inventário Clínico de Auto-conceito (ICAC) .....	232
Anexo XIX - Pedido de Autorização para recolha de dados .....	234
Anexo X - Autorização da comissão de ética para a realização do estudo .....	236
Anexo XI - Autorização do director do DPSM para a realização do estudo .....	238

## LISTA DE ABREVIATURAS

Ac	Auto-Controlo do WCQ
A-F	Ansiedade Fóbica do SCL-90-R
ANS	Ansiedade do SCL-90-R
APA	American Psychiatric Association
Ar	Assumir Responsabilidades do WCQ
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BN	Bulimia Nervosa
Cc	<i>Coping</i> Confrontativo do WCQ
CHAA	Centro Hospitalar do Alto Ave
CID-10	Código Internacional de Doenças
D	Depressão do Mini-Mult
DCRS	Distúrbio do comer relacionado com o sono
DEP	Depressão do SCL-90-R
DGS	Direcção Geral de Saúde
DIC	Distorção da Imagem Corporal
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DPSM	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
DSMIV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisto
Dt	- Distanciamento do WCQ
ESC	Estatuto sócio-económico
EUA	Estados Unidos da América
F	Validade do Mini-Mult
Fe	Fuga-evitamento do WCQ
Ha	Hipocondria do Mini-Mult
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidade
HOS	Ansiedade Fóbica do SCL-90-R
HTA	Hipertensão Arterial
Hy	Histeria do Mini-Mult
ICAC	Inventario Clínico de Auto Conceito

IMC .....	Índice de Massa Corporal
IOTF.....	<i>International Obesity TaskForce</i>
I-P .....	Ideação paranóide do SCL-90-R
K .....	Correcção do Mini-Mult
Ma .....	Hipomania do Mini-Mult
Mini-Mult .....	<i>Multiphasic Personality Inventory</i>
MMPI .....	Inventario Multifásico de Personalidade Minnesota
NCHS .....	<i>National Center for Health Statistics</i>
NHANES .....	<i>National Health and Nutrition Examination Surveys</i>
NOO .....	National Obesity Obervatory
O-C .....	Obsessões e Compulsões do SCL-90-R
ONAFD .....	Observatório Nacional da Actividade Física e do Desporto
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
Pa .....	Paranóia do Mini-Mult
PA .....	Perturbação Alimentar
PIC .....	Perturbação Ingestão Compulsiva
Pd .....	Psicopatia do Mini-Mult
PSI .....	Psicoticismo SCL-90-R
Pss .....	Procura de Suporte Social do WCQ
Pt .....	Psicastenia do Mini-Mult
Rp .....	Reavaliação Positiva do WCQ
Rpp .....	Resolução Planeada do Problema do WCQ
Sc .....	Esquizofrenia Mini-Mult
SCN .....	Síndrome do Comer Nocturno
S-I .....	Sensibilidade interpessoal do SCL-90-R
SOM .....	Somatização do SCL-90-R
WFMH .....	World Federation for Mental Health
WHO .....	World Health Organization

## INTRODUÇÃO GERAL

Esta investigação tem como principal objectivo estudar a morbilidade psicológica nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica. Pretende-se investigar a existência de psicopatologia e alterações da personalidade, avaliar aspectos emocionais e estratégias de *coping* nesta população. Mais informação sobre o perfil psicológico destes pacientes poderá contribuir para um apoio mais eficiente ao tratamento dos obesos submetidos a cirurgia bariátrica. A obesidade mórbida não é uma perturbação do foro psicológico ou psiquiátrico (American Psychiatric Association - APA, 2002), no entanto, muitas das vezes resulta em alterações psicológicas ou estão envolvidos processos psicológicos na sua origem, no qual se poderá afirmar que existe uma relação bidireccional (Mather, Cox, Enns & Sareen, 2008). Por esta razão é importante investigar e compreender as características psicológicas dos obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica.

A obesidade é uma condição séria e prevalente, com graves riscos de morbilidade e mortalidade, no qual, as suas consequências físicas têm sido bem estudadas. A obesidade está comprovadamente associada à maior mortalidade em geral e a uma maior morbilidade que resulta numa associação consistente entre obesidade e afecções da maior parte dos sistemas corporais (Vaz, 2008). Assim, esta patologia, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2011), é um problema de saúde pública complexo, com uma crescente e elevada incidência entre os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. É considerada uma doença crónica multi-factorial que em muitos dos casos acarreta prejuízos para a saúde física e mental. Frequentemente a obesidade está associada a doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, diabetes mellitus (DM), metabólicas, músculo-esqueléticas, respiratórias como a apnéia obstrutiva do sono, e outras, bem como uma maior probabilidade de morte prematura (Ali, Maguire & Wolf, 2006; Dixon, 2010; Segal, Cardeal & Cordas, 2002; Vaz, 2008). Pesquisadores concordam que cirurgia bariátrica é actualmente a opção mais viável para o sucesso da perda peso e manutenção do indivíduo com obesidade mórbida (Bocchieri, Meana & Fisher, 2002). A cirurgia bariátrica designa os diversos tipos de técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da obesidade mórbida, sendo a Banda Gástrica Ajustável e o Bypass Gástrico as mais usuais actualmente.

Existe um consenso em afirmar que a obesidade está associada com as complicações clínicas, enquanto doença que precisa de tratamento na área médica, o mesmo não se pode afirmar em relação às alterações psicológicas (Benedetti, 2003; Cavalcante, 2009; Markowitz, Friedman & Arent, 2008; Wajner, 2003). Na maioria das vezes não há diferenças entre a

população obesa e a não obesa em termos de problemas emocionais e no aparecimento de perturbações psicopatológicas (Reto, 2003). Contudo, há que ter cuidado com esta generalização uma vez que nos casos de obesidade severa, especialmente naqueles propostos para a cirurgia bariátrica (Grau II e III) os estudos mostram que esses indivíduos são mais vulneráveis a apresentarem alterações psicológicas (Fabricatore, Wadden, Sarwer, & Faith, 2005; Oliveira, 2006). As principais psicopatologias referidas pela literatura relativamente a população com obesidade são as perturbações depressivas, ansiedade, comportamento alimentar e da imagem corporal (World Federation Mental Health Mental – WFMH, 2010).

Além dos aspectos psicopatológicos, outras características psicológicas estruturais nos obesos precisam de ser investigadas, entre estas, o auto-conceito e as estratégias de *coping*. Existem evidências que o modo como os indivíduos lidam com os *stressores*, pode ter um impacto sobre a sua saúde física e bem-estar psicológico (Myers & Rosen, 1999). O auto-conceito e as estratégias de *coping* estão fortemente relacionados com a saúde mental em pessoas obesas (Lerdal, Andenæs, Bjørnsborg, Bonsaksen, Borge, Christiansen, et al., 2011). Serra e Pocinho (2001) sugerem que um bom auto-conceito e *estratégias de coping* adequadas são predictores de uma boa saúde mental. Quanto mais forte e abrangente for o auto-conceito, maior é a capacidade do indivíduo para lidar com as situações *stressantes* e melhor apetrechado estará para lidar com as dificuldades e adversidades do dia-a-dia (Melo, 2008). A compreensão de como os indivíduos obesos se avaliam e se ajustam a obstáculos pode ser útil para encontrar mecanismos que explicam a heterogeneidade desta população em relação ao seu bem-estar psicológico (Backnang, 2008). Assim, revela-se de primordial importância estudar o auto-conceito e as estratégias de *coping* nos obesos mórbidos a aguardar a cirurgia bariátrica.

Com base nas considerações anteriores e com o objectivo de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico, os indivíduos com obesidade seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica tornam-se uma população preferencial para a avaliação da morbidade psicológica, auto-conceito e estratégias de *coping*. Procurando atingir o objectivo proposto, do ponto de vista estrutural, a presente investigação é composta por duas partes. A primeira parte tem três capítulos de enquadramento teórico. O primeiro capítulo é dedicado à apresentação da obesidade, definição e classificação da obesidade, consequências e factores de risco, epidemiologia, etiologia e tratamento da obesidade e cirurgia bariátrica. O segundo capítulo explana as principais morbidades psicológicas associadas à obesidade, a relação entre obesidade e morbidade psicológica, depressão, ansiedade, perturbação da imagem corporal, perturbações do comportamento alimentar, a personalidade e perturbações da

personalidade. O terceiro capítulo explora o preconceito em relação aos obesos, o auto-conceito e as estratégias de *coping*. A segunda parte, a parte empírica deste estudo, descreve a investigação realizada no sentido de avaliar a existência de morbilidade psicológica, psicopatologia, alterações psicopatológicas, o auto-conceito e as estratégias de *coping* nos obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica. Tem quatro capítulos, no primeiro capítulo é apresentada a metodologia, no segundo capítulo descreve-se os resultados obtidos, no terceiro capítulo são interpretados e discutidos os resultados. Finalmente no quarto capítulo realiza-se uma conclusão integrativa, descreve-se algumas limitações do estudo, sugestões para futuras investigações, proposta de intervenção e algumas conclusões da investigação.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A primeira parte tem três capítulos de enquadramento teórico. O primeiro capítulo é dedicado à apresentação da obesidade e definição, consequências e factores de risco, epidemiologia, etiologia, tratamento e cirurgia bariátrica. O segundo capítulo explana as principais morbilidades psicológicas associadas a obesidade, a relação entre obesidade e morbidade psicológica, depressão, ansiedade, perturbação da imagem corporal, perturbações do comportamento alimentar, a personalidade e perturbações da personalidade. O terceiro capítulo explora o preconceito em relação aos obesos, o auto-conceito e as estratégias de *coping* em especial relacionadas com a obesidade.

### **CAPÍTULO I - OBESIDADE**

A obesidade é uma condição séria e prevalente, com graves riscos de morbidade e mortalidade, no qual as suas consequências físicas têm sido bem estudadas. A obesidade está comprovadamente associada à maior mortalidade em geral e a uma maior morbidade que resulta de uma associação consistente entre obesidade e afecções da maior parte dos sistemas corporais (Vaz, 2008). A obesidade, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2011), é um problema de saúde pública complexo, com uma crescente e elevada incidência entre os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. É considerada uma doença crónica multi-factorial que em muitos dos casos acarreta prejuízos para a saúde física e mental. Neste capítulo será caracterizada a obesidade, nomeadamente a sua definição e classificação, consequências e factores de risco, prevalência da obesidade em Portugal, nas crianças, adultos e idosos, etiologia e tratamento da obesidade, no sentido de compreender este importante problema de saúde pública que afecta a sociedade actual.

#### **1.1 Definição e Classificação da Obesidade**

O reconhecimento da obesidade como uma doença ocorreu em 1948, tendo sido integrada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na *International Classification of Diseases* (ICD-10) (James, 2008). Na CID-10, a obesidade encontra-se categorizada no capítulo de transtornos mentais e comportamentais, dentro da categoria de Perturbações Alimentares, na descrição de hiperfagia psicogénica. No entanto, a obesidade não é

classificada como uma perturbação psiquiátrica segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, Texto Revisto (DSM-IV-TR) (APA, 2002). Contrariamente ao que uma abordagem superficial possa sugerir, definir obesidade não constitui uma tarefa simples, tendo em conta a existência de uma diversidade de definições sobre o conceito de obesidade. A diferença entre a normalidade e a obesidade por vezes pode tornar-se arbitrária, mas um indivíduo é considerado obeso quando a quantidade de tecido adiposo aumenta de tal extensão que acaba por afectar a saúde física e psicológica, a esperança média de vida e qualidade de vida (DGS, 2007). A WHO (2011) refere que a obesidade pode ser definida de uma forma simples como uma condição de acumulação anormal ou excessiva de gordura corporal que pode atingir diferentes graus que afectam a saúde. Podemos ainda acrescentar que esta doença complexa e multi-factorial se desenvolve da interacção de factores biológicos, alimentação, hábitos alimentares, actividade física, demográficos, sociais, culturais, comportamentais e psicológicos. Entretanto, a quantidade de gordura excessiva, a sua distribuição pelo corpo e as consequências associadas para a saúde podem variar consideravelmente entre indivíduos obesos (OMS, 2004).

Para avaliar com rigor a presença da obesidade é necessário medir o valor da massa gorda corporal. A massa magra é representada pelos músculos que dão sustentação e movimento ao corpo, ao passo que a massa gorda é constituída pela gordura presente em todo o organismo, que tem a função de armazenamento energético, protecção do organismo contra o frio e colisões e produção hormonal. No homem a massa gorda deve representar sensivelmente 10 a 25% do seu peso, na mulher varia entre 20 a 35% (Soares, 2009). Na prática clínica, o índice de massa corpórea (IMC) que relaciona peso e estatura, fornece a medida mais útil de classificação da obesidade, prática e com bom valor diagnóstico e prognóstico (Nunes, Apolinário, Abuchaim & Coutinho, 2006; Tomaz, 2008).

$$\text{IMC} = \text{Peso}/(\text{altura})^2$$

Segundo a literatura especializada (Direcção Geral de Saúde - DGS, 2007; World Health Organization - WHO, 2011) a faixa de peso com um IMC entre 19 a 24.9 Kg/m<sup>2</sup> é considerada, pelo que pessoas com IMC de 25 a 30 são consideradas com excesso de peso ou pré-obesas, enquanto aquelas que se encontram acima dos 30 são consideradas obesas. No Quadro 1, pode-se visualizar em pormenor a classificação da obesidade segundo o IMC.

## Quadro I

### Classificação da Obesidade em Função do IMC

IMC	Classificação	
<18.5	Peso insuficiente	
18.5 - 24.9	Saudável	
25.0 - 29.9	Excesso de peso	
30.0 - 34.9	Obesidade	Classe I
35.0 - 39.9		Classe II
Superior a 40		Classe III ou Obesidade Mórbida

(WHO, 2011)

No entanto, esta forma de classificação não diferencia a ampla variação na distribuição de gordura corpórea e pode não correlacionar o mesmo grau de gordura ou riscos de saúde associados em diferentes indivíduos e população (Nunes et al., 2006). A relação cintura/quadril (índice W/H) determinada pelo perímetro abdominal, W, (medição do perímetro da cintura, no ponto médio entre o rebordo inferior das costelas e a crista ilíaca) e a medida do maior perímetro da região glútea, H, é uma medida antropométrica mais importante do que o IMC, para avaliar o risco de mortalidade (DGS, 2007).

Tendo em conta estas características morfológicas, segundo a *Nacional Task Force* (2000) e a OMS (2004) existem dois sub-grupos diferentes de obesidade andróide (índice W/H superior a 0,9), tipo maçã, cuja gordura se distribui principalmente no abdómen e está presente sobretudo no sexo masculino. Obesidade ginóide (índice W/H inferior a 0,9), tipo pêra, cuja gordura se distribui sobretudo nas regiões das coxas, ancas e nádegas, características do sexo feminino. Esta medida, circunferência abdominal fornece um método simples e prático para identificar pacientes acima do peso com maior risco de enfermidade associada à obesidade em função da distribuição de gordura abdominal (OMS, 2004). Nos homens, a medida da cintura maior que 94 cm resulta em um risco aumentado para a saúde e 102 cm representa um alto risco. Nas mulheres as medidas são respectivamente 80 cm e 88 cm (Cordás, 2005).

A obesidade pode também ser classificada com base no consumo e gasto energético em obesidade por hiperfagia ou obesidade por baixo ou insuficiente gasto energético. Do ponto de vista fisiopatológico, a obesidade deve-se a um problema de desequilíbrio energético, decorrente da proporção entre a ingestão de alimentos e a calorigênese (Cavalcante, 2009). A obesidade por hiperfagia resulta da ingestão de alimentos muito calóricos e em grande quantidade (DGS, 2007). Na obesidade hiperfágica a absorção excessiva de energia proveniente de alimentos associada a poucas necessidades do organismo

acarreta uma acumulação de energia sob a forma de gordura. Para além dos que comem muito, há pessoas que não ingerem mais do que a média da população e no entanto engordam (WHO, 2003).

O número de células adiposas do organismo tem um maior desenvolvimento desde o fim da idade adulta. Assim, a obesidade pode ainda classificar-se quanto ao número destas células em obesidade hipercelular, em que se verifica um aumento do número de células adiposas. E obesidade hipertrófica, em que se verifica um aumento do volume das células adiposas por acumulação intracelular de lípidos (DGS, 2007).

## **1.2 Consequências e Factores de Risco da Obesidade**

O excesso de peso e a alta prevalência de obesidade é preocupante, na medida em que a obesidade está associada com aumento da morbilidade e com um maior risco de mortalidade (DGS, 2007). Associa-se às doenças crónico-degenerativas, determinam custos elevados para a saúde (directos e indirectos), que reduzem a produtividade, afectam a qualidade de vida e a esperança de vida e causam um milhão de mortes por ano no continente europeu (DGS, 2007). A obesidade é um factor de risco intermediário para o desenvolvimento de doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, algumas formas de neoplasias (mama – particularmente na mulher após a menopausa, ovário, endométrio, colo do útero, cólon, próstata, vesícula biliar), endócrinas e metabólicas (DGS, 2007; WHO, 2005; OMS 2008). Estas doenças crónicas são frequentemente acompanhadas por uma série de outras condições médicas debilitantes, como infertilidade, problemas dermatológicos, dificuldades respiratórias, artrose e gota que afectam a qualidade de vida (Brown, Fujioka, Wilson & Woodworth, 2009).

O excesso de gordura no organismo é uma das principais causas de doenças cardiovasculares que apresentam o maior índice de mortalidade (Cercato, Mancini, Arguelho, Passos, Villares & Halpern, 2004; Martins, Gomes & Pasini, 1989). As doenças cardiovasculares que mais incidem nos obesos incluem hipertensão arterial (HA), cardiopatia isquémica e o acidente vascular cerebral (AVC) (Borges, Viana, Rezende, 2003). A associação entre HA e obesidade é muito elevada (Sabry, Sampaio & Silva, 2002; Borges et al., 2003). A Sabry e colaboradores (2002) verificaram que 85.2% dos hipertensos apresentavam excesso de peso (46.9%) ou obesidade (38.3%). A obesidade associa-se ao

risco três a quatro vezes mais elevado de cardiopatia isquémica (angina de peito, enfarte de miocárdio e morte súbita) e ao AVC (DGS, 2001).

A obesidade pode estar na origem de problemas endócrinos (DGS, 2007). Alterações da função biliar e litíase (DGS, 2007). Uma associação positiva entre obesidade e o risco de desenvolver Diabetes Mellitus (DM) foi repetidamente observada tanto em estudos transversais quanto em prospectivos (OMS, 2004). A obesidade contribui para o desenvolvimento da Diabetes Mellitus tipo dois (DM2), insulino-dependente. Com o aumento do peso, verifica-se um aumento das necessidades de insulina no organismo. Com a persistência desta hipersecreção (a longo prazo), produz-se a falência da capacidade de secreção de insulina no pâncreas (DGS, 2007). Os ácidos gordos livres, conduzidos pelo sistema porta para o fígado, vão estimular este órgão que passa a: produzir lipoproteínas de muita baixa densidade; formar mais glicose e inibir a captação de insulina, com a resultante hiperinsulinémia (DGS, 2007).

A obesidade está na origem de distúrbios metabólicos, nomeadamente a dislipidémia (Afonso & Sichieri, 2002). Os indivíduos obesos caracterizam-se frequentemente por um estado dislipidémico no qual os triglicéridos plasmáticos são elevados, as concentrações de colesterol HDL (colesterol benigno) são reduzidas e os níveis de lipoproteína de baixa densidade são elevados (DGS, 2007; OMS, 2004). A obesidade abdominal ou visceral, do tipo andróide, têm maior significado como factor de risco do que a obesidade generalizada, dada a presença de gordura intra-abdominal, estão relacionadas com vários factores de risco cardiovascular intra-abdominal, tais como resistência à insulina, hiperinsulinismo, perfil lipídico aterogénico, alterações de certos factores hemostáticos, como elevação dos níveis de fibrinogénio e do inibidor do activador do plasminogénio (DGS, 2007). Também tem sido referido que os distúrbios hormonais resultam em hirsutismo, irregularidades menstruais, infertilidade, aumento do volume da glândula ovárica, síndrome do ovário poliquístico, risco anestésico e malformações fetais associadas à obesidade materna (DGS, 2007).

A obesidade prejudica a função e a estrutura respiratória, acarretando prejuízos fisiológicos e fisiopatológicos. O esforço para respirar aumenta com a obesidade, principalmente como resultado da inflexibilidade extrema da caixa torácica e acúmulo de tecido adiposo ao redor das costelas, no abdómen e diafragma. A hipoxemia é comum entre obesos, em parte devido ao baixo volume de relaxamento, situação que é exacerbada quando se deitam, devido a redução da capacidade funcional residual (OMS, 2004). Deste modo, pode ocorrer apneia do sono. Esta situação resulta da diminuição do volume e capacidade ventilatória e pelo aumento do trabalho do diafragma, ou mesmo pela má oxigenação dos

tecidos, condicionada por distúrbios da relação entre a ventilação e a área corporal a ser perfundida (DGS, 2007). Em situações graves pode estar presente o síndrome de insuficiência respiratória grave que associa obesidade, fácies pletórica, hipoventilação e confusão mental (DGS, 2007).

Alterações no aparelho locomotor e músculo-esquelético são muito comuns entre os obesos. A obesidade associa-se ao desenvolvimento de osteoartrite (DSG, 2007; OMS, 2004). A obesidade conduz a situações que criam desconforto no dia-a-dia, como por exemplo, ao cansaço fácil, a sudorese excessiva, dores ortoarticulares e/ou musculares, queixas estas manifestadas apenas pelo efeito da força da gravidade, sem patologia subjacente (DGS, 2007). Em mulheres obesas de meia-idade durante ou após a menopausa é frequente apresentarem dor na face medial do joelho (justa-articular adiposa dolorosa) (OMS, 2004).

### **1.3 Epidemiologia da Obesidade**

A obesidade é actualmente um dos mais sérios problemas de saúde pública, na Europa e em todo o mundo, superando outras questões clássicas como a desnutrição e as doenças infecciosas (DGS, 2007). A obesidade é uma realidade que atinge todos os estratos etários da população, crianças, adultos e idosos e aumenta com a idade (Marques-Vidal & Dias, 2005; Observatório Nacional da Actividade Física e do Desporto - ONAFD, 2011). Segundo vários estudos (WHO, 1998) com o objectivo de se obter informações epidemiológicas sobre a obesidade, foi confirmado que o excesso de peso e a obesidade têm prevalecido nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo Ferraz e Albuquerque (2002) alguns países industrializados, que apresentam dados epidemiológicos para a obesidade, revelam uma prevalência que varia entre 7% a 30% para pessoas compreendidas entre 30 a 64 anos de idade, sendo maior a prevalência em mulheres do que em homens. Em Portugal assiste-se a uma tendência inversa, os homens apresentam mais excesso de pesos e obesidade (ONAFD, 2011), a prevalência de excesso de peso ronda os 38 % e a obesidade os 14 % (Carmo, Santos, Camolas, Vieira, Carreira, Medina, 2008; ONAFD, 2011). Apesar da prevalência de obesidade ter estabilizado nos últimos anos em alguns países desenvolvidos (National Center for Health Statistics - NCHS, 2011), a prevalência da obesidade continua a ser elevado em muitos países e continua a aumentar em todo o mundo (WHO, 2011). O interesse em estudos sobre o tema tem aumentado, tornando-se uma ajuda importante e necessária para o controlo e a prevenção dessa doença (Vasconcelos, 2006).

O NCHS, principal centro de pesquisa epidemiológica dos Estados Unidos da América (EUA), realizou recentemente um relatório que fornece um quadro da saúde do país (NCHS, 2011). A percentagem de crianças obesas atingiu o seu valor máximo nas décadas de 80 e 90, valor que se tem mantido estável. Entre 2007-2008, uma em cada cinco crianças com mais de cinco anos era obesa. A percentagem de crianças de 2-5 anos de idade que eram obesas aumentou de 7% em 1988-1994 para 10% em 1999-2000 e tem se mantido estável desde essa altura. A prevalência de obesidade entre 6-11 anos de idade aumentou de 11% em 1988-1994 para 15% em 1999-2000 e não aumentou significativamente desde então. Entre os adolescentes 12-19 anos de idade, a prevalência de obesidade aumentou de 11% em 1988-1994 para 15% em 1999-2000 e em seguida estabilizou. A percentagem de adultos norte americanos de 20 anos de idade que são obesos cresceu de 19% em 1988-1994 para 32% em 2007-2008, porém não houve aumento após 2005-2006. Para as mulheres, esta proporção aumentou de 25% a 35% durante esse período, as taxas de obesidade não aumentaram entre 1999-2000 e 2007-2008. A proporção de homens com obesidade de grau II + duplicou, passando de 5% a 11%, e a proporção de mulheres nessa categoria cresceu de 11% para 18%. Um importante estudo de Flegal, Carroll, Ogden, Curtin (2010) refere que entre 2007 e 2008, mais de um terço dos adultos dos EUA eram obesos.

Na América Latina, estima-se que o número de obesos ultrapassou o de desnutridos. A obesidade tem aumentado consideravelmente seguindo as tendências observadas nos países mais ricos. Essa realidade interfere directamente na política de saúde pública, devido ao alto custo das intervenções em pacientes obesos, como, por exemplo, nos EUA, onde há um gasto de 9.1% entre todas as despesas destinadas à saúde (Silva, 2005a). Até mesmo em países orientais, onde a obesidade era rara, o aumento de casos começa a tornar-se preocupante (Cercato et al., 2004; Martins et al., 1989). Um estudo realizado na cidade de São Paulo, que envolveu 1.411 mulheres, na faixa etária entre 15 e 65 anos, constatou que a frequência de obesidade foi de 13.5% (Debert-Ribeiro, Ribeiro, Ribeiro & Stabile, 1981, cit in Borges et al., 2003).

Nos países europeus a sua prevalência triplicou, desde 1980 (DGS, 2007). Segundo o relatório da WHO (2007) *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*, o excesso de peso afecta entre 30 a 80% dos adultos nos países da região europeia e cerca de 20% das crianças. Além disso, a prevalência da obesidade em adultos variou de 5.4% para 22.8% entre os homens e de 7.1% para 35.6% entre as mulheres. A prevalência da obesidade foi maior entre os homens do que entre as mulheres, em 14 dos 36 países ou regiões com os dados para ambos os sexos, a prevalência de excesso de peso foi

maior entre os homens em todos os 36 países. Segundo o *International Obesity Task Force* (2004), existem grandes diferenças na prevalência de excesso de peso e obesidade entre os países da região e entre grupos sócio-económicos. Essa variação mostra a importância dos determinantes ambientais e socioculturais.

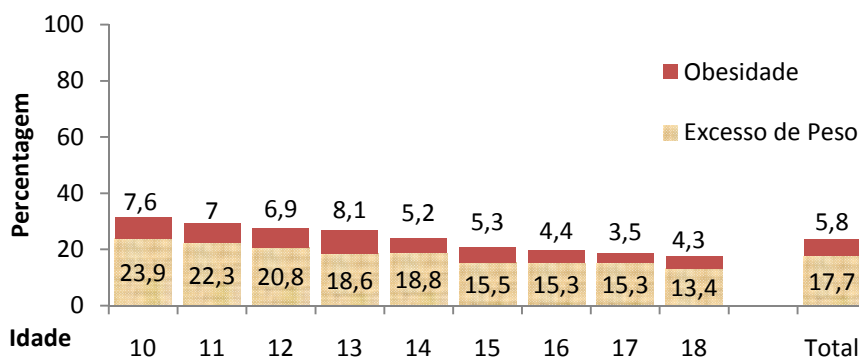
### 1.3.1 Prevalência da Obesidade em Portugal

Recentemente, foi efectuado um levantamento dos níveis de aptidão física e de composição corporal, assim como o cálculo do IMC, numa amostra representativa da população portuguesa pelo ONAFD (2011), em colaboração com cinco universidades. Os dados foram recolhidos entre 2007 e 2009. Foram avaliadas 35.340 sujeitos com idades compreendidas entre 10 e 89 e excluídas da amostra 852 por excesso de valores omissos nas diferentes variáveis recolhidas, assim a amostra do estudo é constituída por 34 488 indivíduos distribuídos por diferentes grupos etários. Este processo culminou na elaboração dos livros verdes actividade física e aptidão física, os resultados serão aqui descritos e explorados.

### 1.3.1 Prevalência da Obesidade em Portugal nas Crianças e Adolescentes

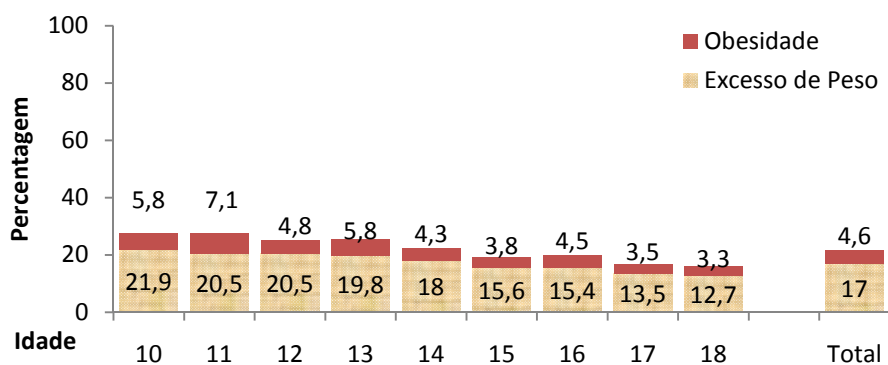
No estudo de ONAFD (2011) foram avaliados 22.048 jovens (11.373 raparigas e 10.675 rapazes) entre os 10 e os 18 anos de idade. Os jovens desta amostra têm em média 14.4 anos de idade e um IMC médio de 21.1. Nos Gráficos I, II e III estão indicados as percentagens de jovens com excesso de peso e obesidade por sexo e idade.

Gráfico I: Rapazes com Excesso de Peso e Obesidade (N=10.675)



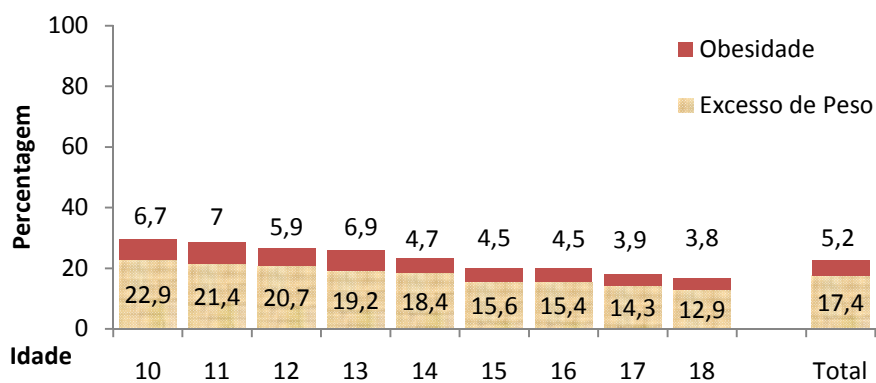
(Adaptado de ONAFD, 2011)

Gráfico II: Raparigas com Excesso de Peso e Obesidade (N=11.373)



(Adaptado de ONAFD, 2011)

Gráfico III: Total de Adolescentes com Excesso de Peso e Obesidade (N=22.048)



Adaptado de ONAFD, 2011)

Neste estudo, aproximadamente um quarto dos jovens portugueses (22.6%) apresenta excesso de peso ou obesidade (17.4% de excesso de peso e 5.2% de obesidade). Os rapazes têm níveis de excesso de peso ou obesidade (23.5%) superiores às raparigas (21.6%), decrescendo estes valores em ambos os sexos com a idade. Em relação à distribuição geográfica as raparigas e os rapazes de Lisboa apresentam as taxas mais elevada de excesso de peso (22.9%) e obesidade (23.9%) (ONAFD, 2011). Nos rapazes observa-se uma tendência para a diminuição dos valores obtidos, do Norte para o Sul. Não foram encontradas diferenças significativas em relação à distribuição geográfica da prevalência da obesidade, embora seja de salientar o valor mais elevado (25.2%) foi encontrado para os rapazes na região do Norte e os menores valores foram encontrados nas raparigas da região do Centro.

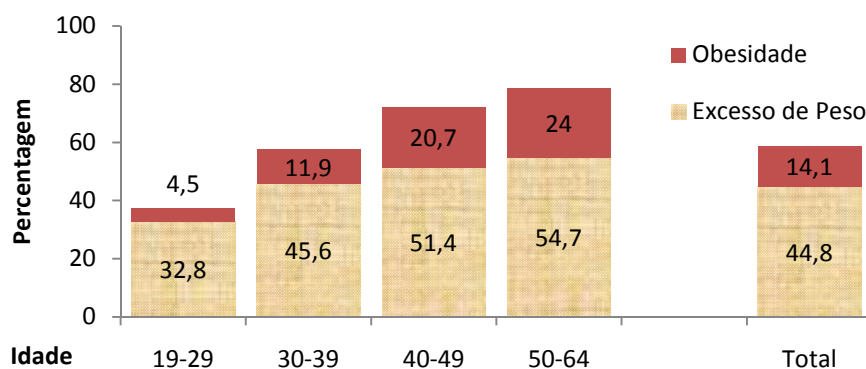
Os valores encontrados são idênticos aos descritos por outros estudos para esta faixa etária. Por exemplo, Leite (2009) na zona do Porto (n= 2788) refere que 20 % dos adolescentes com 13 anos tinham excesso de peso e 10% eram obesos. Isso reforça a epidemia de obesidade em adultos e cria um problema de saúde crescente para a próxima

geração (OMS, 2004). Segundo dados da DGS (2007), Portugal ocupa o segundo lugar dos países europeus com a maior prevalência de obesidade infantil, 32% com excesso de peso (idades entre os 7 e os 9 anos), dos quais 11% são considerados obesos.

### 1.3.1 Prevalência da Obesidade em Portugal nos Adultos

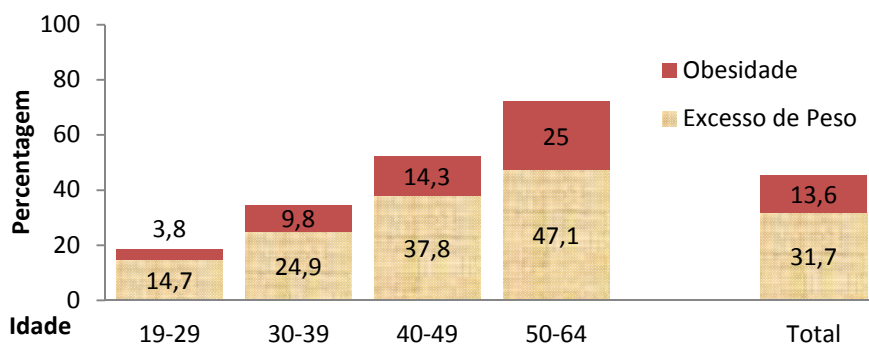
No estudo de ONAFD (2011) a amostra foi constituída por 7.728 (4.180 mulheres e 3.548 homens) entre os 19 e os 64 anos de idade. Os adultos desta amostra têm em média 39.3 anos de idade e um IMC médio de 25. Nos Gráficos IV, V e VI podem observar as percentagens de adultos com excesso de peso e de obesidade, por sexo e grupo etário. Cerca de metade (51.5%) dos adultos apresentam excesso de peso ou obesidade (37.7% de excesso de peso e 13,8% obesidade). Os homens têm taxas de excesso de peso ou obesidade mais elevadas (58.9%) do que as mulheres (45%). Em todas as regiões e em ambos os sexos a percentagem de adultos com excesso de peso ou obesidade é maior entre os mais velhos (ONAFD, 2011).

Gráfico IV: Homens com Excesso de Peso e Obesidade (N=3.548)



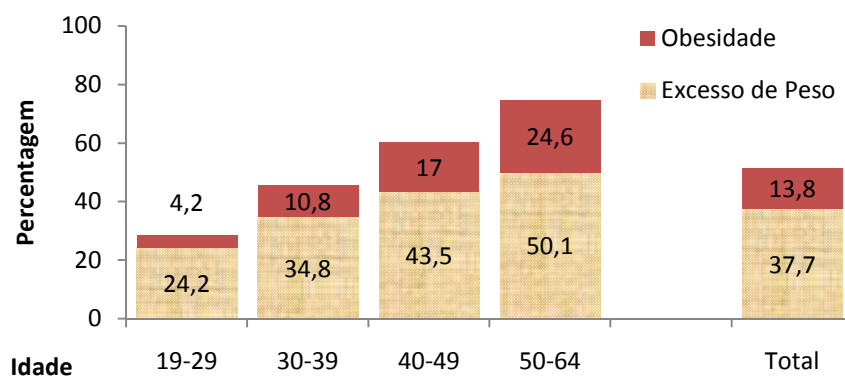
(Adaptado de ONAFD, 2011)

Gráfico V: Mulheres com Excesso de Peso e Obesidade (N=4.180)



(Adaptado de ONAFD, 2011)

Gráfico VI: Total de Adultos com Excesso de Peso e Obesidade (N=7.728)



(Adaptado de ONAFD, 2011)

Estes resultados são semelhantes a outros estudos representativos nesta área, para a mesma faixa etária, nomeadamente Marques-Vidal e Dias (2005) e Carmo e colaboradores (2008), embora existam variações ao longo dos anos, estas diferenças podem ser comparadas no Quadro 2.

## Quadro 2

### Comparação Entre Estudos da Prevalência de Obesidade em Portugal

Investigadores	Data	Amostra	Excesso de peso			Obesidade		
			Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Marques-Vidal e Dias, 2005	1998-1999	38.225	42.5%	32.3%	37.0%	11.5%	14.2%	12.9%
Carmo et al., 2008	2003-2005	3.796	45.2%	34.4%	39.4%	15.0%	13.4%	14.2%
ONAFD, 2011	2007-2009	7.728	44.8%	31.7%	37.7%	14.1%	13.6%	13.8%

Como se pode constatar no Quadro 2 a prevalência do excesso de peso tem-se estabilizado por volta dos 38% e a obesidade nos 14%, nestes últimos anos. Também se assiste a uma tendência nos últimos anos para existirem mais homens com excesso de peso ou obesidade que mulheres.

### 1.3.1 Prevalência da Obesidade em Portugal nos Idosos

No estudo de ONAFD (2011) a amostra foi constituída por 4.712 idosos (3.121 mulheres e 1.591 homens) entre os 65 e os 103 anos de idade. A idade média dos participantes idosos é de 74.9 e o IMC médio é de 27.9. As mulheres têm um IMC superior ao dos homens

(28.3 kg/m<sup>2</sup> vs 27.4 kg/m<sup>2</sup>). Nos gráficos, VI, VII e VIII é apresentada a percentagem de idosos com excesso de peso e de obesidade, por sexo e grupo etário.

Gráfico VI: Idosos com Excesso de Peso e Obesidade (N=1.591)

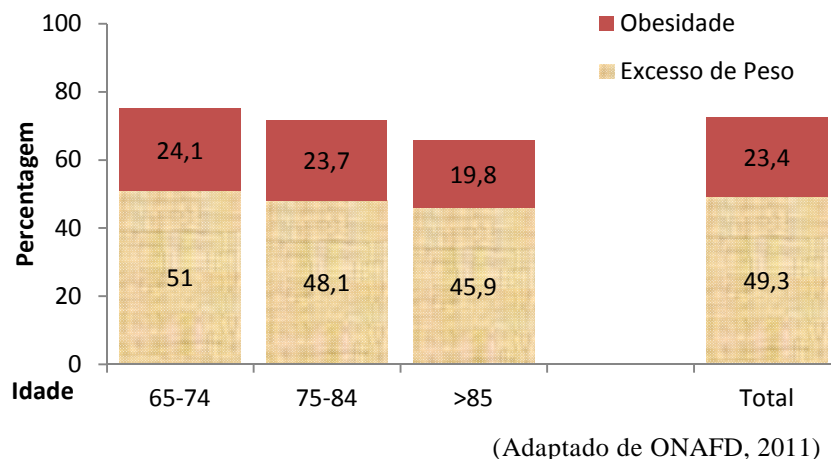
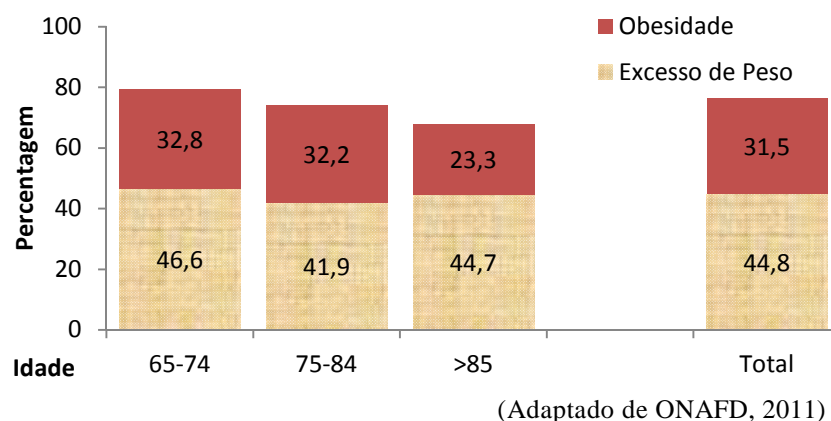
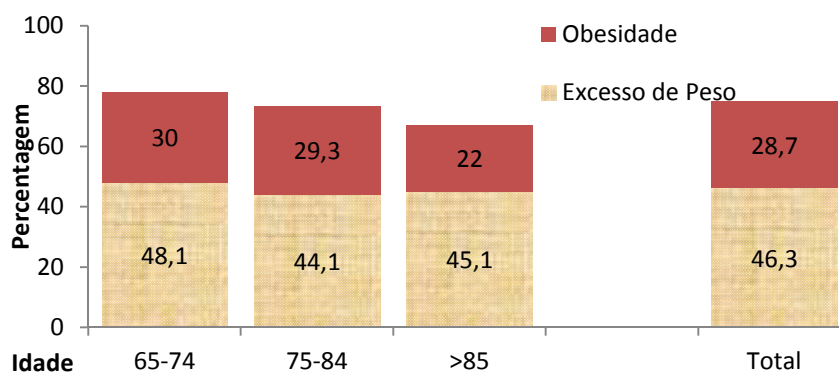


Gráfico VII: Idosas com Excesso de Peso e Obesidade (N=3.121)



A maioria dos idosos (75%) tem excesso de peso ou obesidade (46.3% de excesso de peso e 28.7% obesidade). A percentagem de mulheres com excesso de peso é ligeiramente inferior à dos homens (44.8% vs 49.3%) embora, a percentagem de excesso de peso e obesidade, seja superior nas mulheres (76.3% vs 72.7%). Enquanto as mulheres no Alentejo têm as taxas de excesso de peso e obesidade mais elevadas (82.3%), são os homens do Norte e do Centro (73.8% e 73.0%, respectivamente), que registam os valores mais elevados. Independentemente do sexo, a região do Algarve tem os valores mais favoráveis (a única com valores inferiores aos 70%). As mulheres, independentemente da região considerada, têm taxas de excesso de peso e obesidade superior às dos homens.

Gráfico VIII: Total de Idosos com Excesso de Peso e Obesidade (N=4.712)



(Adaptado de ONAFD, 2011)

Contudo, os valores encontrados neste estudo devem ser analisados com precaução (ONAFD, 2011). Com efeito, embora estejam bem descritas as alterações induzidas pela idade na composição corporal, nomeadamente pela perda da massa muscular e pelo aumento da massa gorda (ONAFD, 2011). O indicador utilizado neste estudo, o IMC, reflecte particularmente as alterações encontradas no peso e na estatura, não sendo muito sensível às alterações da massa gorda e/ou da massa isenta de gordura (Nunes et al., 2006; OMS, 2004; ONAFD, 2011). Neste particular, o facto de o envelhecimento estar associado a uma alteração da estrutura e da funcionalidade da coluna vertebral, com eventuais alterações da estatura corporal, pode ser um elemento decisivo nas taxas encontradas (ONAFD, 2011).

## 1.4 Etiologia da Obesidade

A obesidade ocorre quando a ingestão de energia excede cronicamente o gasto energético, criando um balanço energético positivo (Papavasiliou, Alberg, Ewing, Helzlsouer, Gary, & Klassen, 2007). No entanto, a fisiopatologia da obesidade é complexa (Romão & Roth, 2008) e as causas do balanço energético positivo são multi-factoriais e não totalmente compreendidas (Harbron, 2011). Muitos estudos já foram realizados para identificar factores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade, devido às demonstrações das consequências positivas que trazem para a saúde (Pereira, Francischi & Lancha, 2003; OMS, 2004). Contudo, a etiologia da obesidade não é facilmente identificada e caracterizada na maioria dos casos, apesar do crescente número de estudos relacionados com a doença. Esta dificuldade, resulta em grande medida do facto de se tratar de uma doença multi-factorial, a sua etiologia pode tornar-se controversa, visto que existem contribuições de vários factores.

Vale a pena destacar que a causa da obesidade não se baseia num único processo (Tomaz, 2008). Vários factores podem contribuir para o aparecimento dessa patologia (Nunes et al., 2006). Entre os principais factores referidos na literatura que estão na origem da obesidade podem ser destacados os factores biológicos, alimentação e hábitos alimentares, diminuição da actividade física, factores sócio e culturais e os factores comportamentais e psicológicos.

### **1.4.1 Factores Biológicos**

Os factores biológicos parecem assumir um papel de relevo na etiologia da obesidade, nomeadamente os factores genéticos, metabólicos, hormonais e neuronais. Outros podem ainda ser referidos como etnia e sexo. Quanto ao factor genético, embora pesquisas recentes tenham contribuído significativamente para a compreensão da ligação entre genes e obesidade, os genes específicos, mutações e mecanismos fisiológicos envolvidos no desenvolvimento da obesidade ainda não foram completamente elucidados (Harbron, 2011; Rankinen, Zuberi, Chagnon, Weisnagel, Argyropoulos, Walts et al., 2006; Romão & Roth, 2008). A contribuição da genética para o desenvolvimento da obesidade tem sido claramente indicada por estimativas de hereditariedade (Loos & Bouchard, 2003). As estimativas de hereditariedade de uma série de estudos epidemiológicos realizados em gémeos, famílias e famílias que adoptam indicaram que factores genéticos são responsáveis pela variação na adiposidade humana de tão baixo quanto 5% a tão alto quanto 90% (Loos & Bouchard 2003, Romão & Roth, 2008). De acordo com Loos e Bouchard (2003) as diferenças na metodologia utilizada por esses estudos pode explicar esta ampla gama de estimativas de hereditariedade.

Os maiores níveis de hereditariedade, com valores em torno de 70%, são relatados por estudos realizados com gémeos monozigóticos e dizigóticos (Allison, Kaprio, Korkeila, Koskenvuo, Neale & Hayakawa, 1996; Maes, Neale & Eaves, 1997; Ortega-Alonso, Sipilä, Kujala, Kaprio & Rantanen, 2009). A probabilidade dos filhos serem obesos quando os pais o são foi estimada em alguns estudos, obtendo-se percentagens entre 50% a 80% (OPERA, 1997, cit in Calvante, 2009). A história familiar de obesidade severa ou extrema ( $IMC \geq 45$ ) resulta num risco três a oito vezes maior de desenvolver obesidade (Loos & Bouchard, 2003). Alguns factores genéticos podem contribuir para a obesidade embora na sua maior parte é determinada pelos factores ambientais (Harbron, 2011). O papel dos genes no desenvolvimento da obesidade é ainda apoiado por estudos que relatam que uma história familiar de obesidade predispõe o indivíduo a um risco de se tornar obeso. Os factores

genéticos como a existência de antecedentes familiares com obesidade parecem estar associados a um maior risco de desenvolver obesidade. Tal facto acontece pela transmissão hereditária, assim como acontece com outras doenças hereditárias ou pela transmissão de padrões de comportamento que facilitam o desenvolvimento de obesidade.

Outras questões biológicas podem ser referidas. Segundo Fisberg (2006), a obesidade pode ser causada por perturbações metabólicas e hormonais. As condutas de alimentação estão normalmente reguladas por mecanismos automáticos no sistema nervoso central. A sensação de fome tem uma dupla origem, nos estímulos metabólicos e nos receptores periféricos situados na boca e no tubo digestivo, que induzem a sensação de apetite, que desencadeia a conduta alimentar (Chemin & Milito, 2007). Disfunções dos núcleos hipotalâmicos da saciedade e da fome, que dependem de inúmeros estímulos de ordem química, hormonal e psíquica, podem resultar em obesidade (WHO, 2003). Segundo Brandão (2010) uma desregulação das concentrações de hormônios séricos (grelina, leptina, insulina, amilina e peptídeo C) envolvidos no processo de controlo da fome e da saciedade parece contribuir para o comportamento compulsivo e de maior estado de fome, conseqüentemente, contribuir para o ganho de peso e o agravamento da obesidade. A leptina tem acção sobre os adipócitos e também sobre o hipotálamo, induzindo uma resposta complexa de controlo do peso e da energia consumida (Benedetti, 2003).

Segundo a DGS (2007) podem ainda ser referidas outras causas como a hiperalimentação precoce. Obesidade da gravidez. Obesidade após interrupção de exercício físico, comum em desportistas, devido a diminuição do consumo calórico após a suspensão da actividade. Obesidade secundária a fármacos, devido ao uso de medicamentos como corticosteróides, antidepressivos, estrogénios, anticonvulsivantes, antidiabéticos orais, alguns anti-hipertensores e anti-histamínicos. Obesidade após a suspensão de hábitos tabágicos, pensa-se que a nicotina aumenta o gasto calórico pela sua acção lipolítica e é responsável pela diminuição do paladar e do apetite. Obesidade endócrina, responsável apenas por 4% das obesidades, tiróide, pâncreas e supra-renal. Na prática clínica verifica-se que os pacientes verbalizam com frequência que os antidepressivos estão na origem de um aumento de peso.

#### **1.4.2 Alimentação e Hábitos Alimentares**

A alimentação e os hábitos alimentares assumem um papel importante na obesidade (Harbron, 2011). Para além do que seriam as recomendações de uma desejável dieta alimentar

equilibrada, recentemente assistimos a uma mudança na dieta alimentar e no comportamento alimentar, o que fez com que o número de pessoas obesas aumentasse significativamente nas últimas décadas (Cordás, 2005). O aumento dramático na pecuária e os grandes avanços na tecnologia dos alimentos, desenvolvimento de produtos, produção e preservação, transporte e armazenamento, resultaram numa maior acessibilidade de alimentos e a preços mais baixos (Cohen, 2008; WHO 2000). Antigamente a dieta da população continha mais alimentos ricos em proteínas, como a carne e o ovo, e em ferro, como o feijão, nutrientes essenciais para a saúde humana (Cavalcante, 2009). Com a tendência crescente do consumo de alimentos pré-embalados, os indivíduos estão literalmente a perder o controlo sobre a preparação dos alimentos e o conteúdo nutricional é determinado pelos fabricantes (WHO, 2000). Actualmente assistimos a uma maior ingestão de alimentos altamente energéticos (Black & Macinko, 2008; Bray, Paeratakul & Popkin, 2004b), gorduras (Bray et al., 2004b), bebidas açucaradas (Malik, Schulze & Hu, 2006; Gibson, 2008; Wolff & Dansinger, 2008), carboidratos refinados (Gross, Li, Ford & Liu, 2004), xarope de milho rico em frutose (Bray, Nielsen & Popkin, 2004a; Duffey & Popkin, 2008), *fast food* (Duffey & Popkin, 2008) e uma dieta baixa em hidratos de carbono (Merchant, Vatanparast, Barlas, Dehghan, Shah, De Koning & Steck, 2009). E com as frutas, legumes e grãos integrais a serem pouco consumidos (Cohen, 2008; Popkin, 2006).

Os hábitos alimentares e a sua regularidade podem estar associados com o desenvolvimento da obesidade (Howell, Schenck & Crow, 2009; Marín-Guerrero et al., 2008). Tem sido consistentemente demonstrado que não tomar o pequeno-almoço está associado com o aumento do peso e um maior risco de ser obeso (Berg, Lappas, Wolk, Strandhagen, Torén, Rosengren et al., 2009; Marín-Guerrero, Gutiérrez-Fisac, Guallar-Castillón, Banegas, Rodríguez-Artalejo, 2008; Timlin & Pereira, 2007). Indivíduos que comem ao pequeno-almoço fibras com regularidade têm uma melhor alimentação e uma menor ingestão de gordura, menos episódios incontroláveis de mordiscando durante o dia e menor incidência de hipoglicemia entre refeições (Timlin & Pereira, 2007). Isto também foi reflectido na constatação de que, em comparação com indivíduos de peso normal, indivíduos obesos não comem o almoço ou lanche com maior frequência e quando não o fazem, costumam jantar em grandes quantidades (Berg et al., 2009). A maior ingestão de alimentos durante o período da manhã e à tarde tem sido associado com menor consumo de energia total em comparação com uma maior ingestão de alimentos durante a noite como resultado de saltar o pequeno-almoço (de Castro, 2004). Além disso, comer rápido (Black & Macinko, 2008), comer fora de casa (McCrary, Fuss, Hays, Vinken, Greenberg & Roberts, 1999;

Popkin, 2006), o aumento do tamanho das refeições e bebidas consumidas nos últimos 30 anos (Cohen, 2008; Popkin 2006), têm sido referidos como comportamentos alimentares que contribuem para a obesidade.

### **1.4.3 Diminuição da Actividade Física**

A diminuição da actividade física na sociedade actual trouxe consequências para a saúde humana (Mendonça & Anjos, 2004; Nunes et al., 2006). A actividade física reduzida habitualmente resulta da combinação de diversos aspectos, incluindo a não realização de exercícios físicos ou participação no desporto, um maior envolvimento em comportamentos sedentários, (Mendonça & Anjos, 2004; Nunes et., 2006), especialmente nos momentos de lazer (Swinburn & Shelly, 2008). Também resulta do ambiente construído que promove cada vez mais conforto, mas por outro lado uma diminuição da actividade física. A modernização e mudanças nas estruturas sociais criaram um ambiente que promovem um estilo de vida mais sedentário (Black & Macinko, 2008; Papas et al., 2007). Na sociedade actual a energia gasta em várias tarefas do dia-a-dia é claramente menor do que algumas décadas atrás (Harbron, 2011). Apesar da boa rede de transportes públicos, cada vez mais as pessoas têm transportes próprios, deste modo, menos tempo é gasto a caminhar e mais tempo em viagens, algumas pessoas chegam a viver na auto-estrada devido aos quilómetros realizados e as filas de trânsito (Harbron, 2011). Actualmente as pessoas têm ao seu dispor inúmeros elementos que trazem um maior conforto e redução do esforço físico, como por exemplo, electrodomésticos, escadas rolantes e elevadores (WHO, 2000; Popkin, 2006).

Também se verificam outros elementos que têm contribuído para a diminuição dos níveis de actividade física e desenvolvimento da obesidade, incluem diminuição do número de instalações de lazer perto das residências e aumento da sua distância em relação a residência (Harbron, 2011). O mundo do trabalho sofreu uma revolução, com a robótica e automatização, cada vez mais as pessoas têm trabalhos na área dos serviços e menos em trabalhos manuais (WHO, 2000). Este comportamento sedentário inclui comportamentos passivos, como assistir televisão, trabalho de computador, conduzir, conversar com amigos no telefone em vez de andar com eles, leitura entre outros (WHO, 2000). Vários estudos têm referido que a televisão é a actividade dominante no tempo de lazer para muitos indivíduos e a quantidade de horas de visualização está positivamente associada com IMC mais elevados e menores de actividade física (Swinburn & Shelly, 2008). Deste modo, existe menos

disponibilidade de tempo para actividades físicas (Swinburn & Shelly, 2008). Tem sido referido que assistir televisão aumenta a ingestão de alimentos (Swinburn & Shelly 2008). A televisão também aumenta a exposição à comercialização de diversos produtos e pode estimular o consumo (WHO 2000, Swinburn & Shelly, 2008). Além do efeito positivo global da participação regular em exercícios ou desporto no gasto energético e, portanto, de controlo de peso, o exercício também suprime a fome (WHO, 2000).

#### **1.4.4 Factores Demográficos**

Entre os factores demográficos que interferem no desenvolvimento da obesidade, destacam-se, estatuto sócio-económico (ESC) e a escolaridade. Nos países desenvolvidos tem sido consistentemente demonstrado que indivíduos com um menor ESC ou indivíduos de famílias com um baixo estatuto sócio-económico têm um maior risco de serem obesos (Drewnowski, 2009; Ulijaszek, 2007). Por outro lado, em muitos países em desenvolvimento, os adultos magros são estigmatizados como sendo pobres e o excesso de peso ou obesidade é visto como um símbolo de riqueza (WHO, 2000). Portanto, nos países em desenvolvimento os indivíduos mais ricos têm um risco maior de serem obesos, enquanto aqueles com um baixo estatuto sócio-económico geralmente têm um menor risco de obesidade (Drewnowski, 2007; Ulijaszek, 2007; WHO 2000). Em ambos os países, desenvolvidos e em desenvolvimento o risco de obesidade aumenta com um baixo ou alto estatuto sócio-económico e esta relação é mais forte nas mulheres e nem sempre aplicável aos homens (Drewnowski, 2007). Nos países desenvolvidos a obesidade nas mulheres é geralmente associada a um baixo rendimento e escolaridade (Drewnowski, 2009; Ogden, Lamb & Carroll, 2010). Como a riqueza em alguns países em desenvolvimento tem crescido, a relação entre o ESC e a obesidade tem mudado para um quadro semelhante ao observado nos países desenvolvidos, com um baixo ESC associado à obesidade (WHO, 2000).

A melhoria das condições económicas está directamente relacionada com o crescimento do índice de obesidade nos diversos países, pois quanto maior o poder de compra, maior a possibilidade de as pessoas adquirirem alimentos (Vasconcelos, 2006). Por exemplo, um estudo de Ogden e colaboradores (2010), nos EUA, quase 33% dos homens que vivem em domicílios com rendimento igual ou superior a 350% do nível de pobreza são obesos, enquanto 29.2% dos homens que vivem abaixo de 130% do nível de pobreza são obesos. Globalmente, 29.0% das mulheres que vivem em domicílios com rendimento igual

ou superior a 350% do nível de pobreza são obesas e 42.0% daquelas com rendimentos abaixo de 130% do nível de pobreza são obesas. Embora a prevalência da obesidade entre as mulheres com rendimentos abaixo de 130% do nível de pobreza é maior do que as com rendimentos elevados, a maioria das mulheres obesas não têm rendimentos inferiores a 130% do nível de pobreza. Dos cerca de 72 milhões e meio de adultos nos EUA que são obesos, 41% (cerca de 30 milhões) têm um rendimento igual ou superior a 350% do nível de pobreza, 39% (mais de 28 milhões) têm rendimentos entre 130% e 350% da pobreza nível, e 20% (quase 15 milhões) têm rendimentos abaixo de 130% do nível de pobreza.

A obesidade parece estar mais associada com um menor ESC nos países desenvolvidos. Estes indivíduos são mais propensos a consumir, grãos refinados, açúcar, sal, gorduras totais e gorduras saturadas e baixos consumos de micro nutrientes e fibras (Black & Macinko, 2008; Drewnowski, 2007; Savage, Marini & Birch, 2008). O consumo desta alimentação pelos indivíduos com baixo ESC tem sido associado a maiores ganhos de peso durante um período de seis anos e a IMC mais elevados (Savage et al., 2008). Numa revisão de Darmon e Drewnowski (2008) refere que tem sido demonstrado que indivíduos com um baixo ESC têm maior consumo de pão branco, arroz, batata, órgãos de carne, carne frita, cozida ou enlatada, salsichas, peixe frito, ovos, leite integral, gordura animal, açúcar, bebidas açucaradas e cerveja. Por outro lado, os indivíduos com um maior ESC consomem mais grãos integrais, carnes de alta qualidade magra, peixe, produtos de baixo teor de gordura em produtos lácteos, nozes, frutas e legumes frescos e vinho (Darmon & Drewnowski, 2008; Drewnowski, 2007). Além disso, uma maior variedade de frutas e verduras, saladas com base na alface, melões e morangos foram mais consumidos pelas famílias com rendimentos mais elevados, enquanto as famílias com baixos rendimentos preferiam frutas e legumes mais baratos, como banana e batata (Drewnowski, 2007). A compra de alimentos pouco saudáveis, com alta densidade energética dos indivíduos com um baixo ESC é inerentemente dirigido pelo baixo custo, mas também está ligada à percepção de que alimentos saudáveis são mais caros e inacessíveis (Turrell & Kavanagh, 2006). Alguns autores argumentaram que a diferença de preço pode diminuir para metade com a motivação, educação e com uma cuidadosa selecção de alimentos saudáveis mais baratos (Temple, Steyn, Fourie & De Villiers, 2010).

Pesquisas mostram consistentemente uma relação entre viver num bairro economicamente carente e uma maior probabilidade de ser obeso ou ter um IMC mais elevado (Black & Macinko, 2008). Bairros com baixos rendimentos costumam ter menos hipermercados, menos supermercados *per capita*, uma menor disponibilidade de alimentos

saudáveis (Black & Macinko, 2008, Darmon & Drewnowski, 2008, Drewnowski, 2009). Em contraste, lojas de conveniência, pequenos fornecedores locais e *fast food* parecem ser mais acessíveis em bairros com um baixo ESC. A alimentação saudável é, portanto, mais difícil de encontrar, mais cara e, possivelmente, de qualidade inferior em comparação com a grande variedade disponível em bairros com um elevado ESC (Black & Macinko, 2008; Darmon & Drewnowski, 2008; Drewnowski, 2009). Os bairros mais ricos têm, geralmente, menor exposição a restaurantes de *fast food* e maior acesso a alimentos frescos, hipermercados e a restaurantes que apresentam melhor qualidade e alimentos mais saudáveis (Black & Macinko, 2008; Drewnowski, 2009).

Constata-se que mais oportunidades para a actividade física são geralmente encontradas em bairros com um alto ESC enquanto as pessoas de bairros com um menor ESC são mais prováveis de serem sedentários (Black & Macinko, 2008; Drewnowski, 2009). Estes indivíduos são provavelmente mais afectados por alguns aspectos do ambiente, como existência de pequenos espaços para realizar actividades ao ar livre, menos parques e outras instalações de lazer e menos oportunidades para a realização de actividade física (Black & Macinko 2008; Papas et al., 2007). Esses moradores relatam que o crime, os cães e a menor confiança nos vizinhos são barreiras adicionais à actividade física (Black & Macinko, 2008). Como consequência, indivíduos com baixo ESC são encontrados com mais frequência a assistir televisão, muito mais do que aqueles com um alto ESC (WHO, 2000). Em grupos de menor ESC, escolhas de estilo de vida como o tabagismo, maiores porções de alimentos e redução da actividade física foram relacionados com a obesidade e uma saúde mais precária (Brennan, Henry, Nicholson, Kotowicz & Pasco, 2009).

Níveis mais baixos de educação por si só têm sido associados a uma maior prevalência de obesidade quando comparado aos grupos com níveis mais elevados de educação (Harbron, 2011). Tem sido demonstrado que níveis mais baixos de educação (Monsiváis & Drewnowski, 2009) e pobres conhecimentos sobre a alimentação de muitos indivíduos com um nível ESC baixo contribuem para a selecção de alimentos não saudáveis (Turrell & Kavanagh, 2006). A WHO (2000) afirma que os indivíduos com níveis de ensino superiores são mais propensos a seguir as recomendações dietéticas e adoptar comportamentos alimentares mais saudáveis do que os indivíduos com níveis mais baixos de educação. No entanto, a associação entre conhecimento nutricional e prevalência de obesidade não é sempre consistente (Drewnowski, 2009). A descoberta de que alguns indivíduos com bons conhecimentos de nutrição ainda preferirem comer alimentos pouco saudáveis pode estar

ligado ao efeito de um estilo de vida de longo prazo de hábitos pouco saudáveis (WHO, 2000).

Diversos estudos sugerem que não há tendência significativa entre obesidade no nível de educação entre os homens (Drewnowski, 2009; NCHS, 2011). Entre as mulheres, há uma tendência, aquelas com formação superior universitária são menos propensas a ser obesas em comparação com mulheres menos instruídas (Drewnowski, 2007; Drewnowski, 2009; NCHS, 2011). No entanto, alguns autores sustentam que a imagem do corpo pode desempenhar um papel maior e que a mulher instruída pode tentar controlar o peso, com o objectivo de estar de acordo com os ideais de magreza ocidental (Puoane, Steyn, Bradshaw, Laubscher, Fourie, Lambert & Mbananga, 2002).

### **1.4.5 Factores Sociais e Culturais**

São diversas as influências sociais e culturais que contribuem para a obesidade, tais como crenças, práticas sociais e religiosas, a pressão de grupo de pares, reuniões sociais, o *status* atribuído a determinados alimentos e estilos de vida individuais, *Marketing* e publicidade que afectam a selecção dos alimentos (Candib, 2007; WHO, 2000). Actualmente, vive-se cada vez mais um estilo de vida moderno e urbano, no qual os meios de comunicação social, através de campanhas publicitárias incentivam o comer, em especial a *Fast Food*, e ao mesmo tempo apresentam a uma imagem ideal de corpo magro, criando uma falsa imagem da realidade, aumentando os problemas psicológicos (Vasconcelos, 2006). Saúde e sucesso são relacionados à magreza, facto reforçado pela comunicação social e pelo círculo da moda, pela medicina, entre outras áreas (Vasconcelos, 2006).

Segundo Fisberg (1995, cit in Vasconcelos, 2006), a obesidade é, provavelmente, uma das enfermidades mais antigas do homem. Desde a pré-história, os desenhos rupestres mostram homens com peso excessivo para sua altura, e supõe-se que assim ocorria nas diversas culturas da idade antiga, quando o sucesso económico se encontrava associado ao excesso de peso ou à obesidade. Na idade média, as mulheres com formas arredondadas eram exemplos de um padrão estético feminino privilegiado. Até o final do século XIX, o excesso de gordura corporal era considerado sinal de saúde e sucesso. Actualmente ainda se verifica em algumas culturas e em algumas pessoas ver as mulheres obesas como um sinal de saúde, prosperidade, sexualmente apelativa, boa esposa, cozinheira e mãe (Puoane et al., 2002). A perda de peso ou ser magro pode ser associado a ser mais propenso a ficar doente ou morrer,

muitas das vezes de uma doença estigmatizada como a tuberculose ou síndrome imunodeficiência adquirida (Puoane et al., 2002). Em geral, os homens nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento não vêm a obesidade como um problema e conseqüentemente não mobilizam esforços para perder peso como as mulheres frequentemente o fazem (WHO, 2000).

Alimentos, em vez do seu valor nutritivo, têm sido vistos durante muitos séculos como um meio para estabelecer e expressar relações entre as pessoas e como um dos componentes mais importantes de encontros sociais, como aniversários, casamentos e festas religiosas (WHO, 2000). Segundo Christakis e Fowler (2007) a obesidade espalha-se através das redes sociais, com um maior efeito entre amigos ou irmãos do mesmo sexo do que entre amigos do sexo oposto, irmãos ou cônjuges. Dentro destas redes sociais, crianças normais e com excesso de peso e adultos tiveram uma maior ingestão de alimentos, quando comem juntos com amigos ou familiares em comparação quando comem com um estranho (Salvy, Howard, Read & Mele, 2009). A possível explicação por trás disso é que os indivíduos são mais propensos a ter cuidado com a sua ingestão de alimentos, na companhia de estranhos como eles ainda precisam ser aceites e causar uma boa impressão sobre eles (Harbron, 2011). No entanto, a ausência da necessidade de causar uma boa impressão que existem com a família e amigos podem levar a consumos excessivos (Salvy et al., 2009). Além disso, um indivíduo pode reconhecer uma maior ingestão de alimentos ou ganho de peso observada em amigos, parceiros ou irmãos como um tipo de "permissão" para também entrar no ganho de peso como é a norma dentro da sua rede social e, assim, ser aceite pelos seus pares (Christakis & Fowler, 2007).

As escolhas alimentares são influenciadas por mensagens e publicidade transmitidas ao público através da comunicação social, incluindo televisão, rádio e material impresso (WHO, 2000). O aumento da concorrência entre as grandes empresas multi-nacionais de produção de alimentos e restaurantes de *fast-food* resultaram em campanhas publicitárias agressivas no sentido de aumentar as vendas dos seus produtos e, assim, o lucro (WHO, 2000). Estratégias de *marketing*, tais como "*comer tanto quanto você pode*", pagar uma quantidade pelo preço de duas ou pagar uma diferença mínima por um tamanho maior, criam a impressão entre os consumidores que recebem um melhor valor para o dinheiro se fizerem essas escolhas (WHO, 2000). Além disso, campanhas publicitárias substanciais que são muito convincentes e bem-sucedidas são continuamente lançados para aumentar as vendas (WHO, 2000). Tem sido demonstrado que indivíduos com alta exposição a publicidade através da observação de mais horas de televisão por dia comem mais *fast foods* do que aqueles que

assistem menos televisão por dia (Scully, Dixon & Wakefield, 2009). É evidente que as mensagens relativas aos *fast-foods*, alimentos energéticos, refrigerantes e outros alimentos pouco saudáveis excedem as mensagens relativas a frutas e verduras (Rosenheck, 2008; WHO, 2000). Ao mesmo tempo, anúncios focados em produtos de emagrecimento e roupa com modelos de moda feminina são abundantes, contribuindo para mensagens muitas das vezes conflitantes enviadas através da comunicação social (Popkin, 2006; WHO 2000).

A mudança do papel das mulheres nas sociedades modernas também influenciou os hábitos alimentares da família. Com mais mulheres no mercado de trabalho, menos tempo é gasto em compras, preparar alimentos e a realizar outras tarefas domésticas (WHO, 2000). Esta situação, juntamente com o fato de que as mulheres que trabalham têm agora acesso ao seu "próprio dinheiro", tem contribuído para a criação de um mercado para os alimentos de preparação rápida (Popkin, 2006; Ulijaszek, 2007; WHO, 2000). Esses factores resultam em um aumento do consumo de *Fast Food* e outros alimentos de conveniência, contribuindo para o aumento da obesidade infantil e adulta que tem sido observado (WHO, 2000). Neste contexto é preocupante a localização e acessibilidade a supermercados e restaurantes de fast-foods que influenciam o consumo de alimentos não saudáveis em detrimento dos saudáveis (Harbron, 2011). Além disso, chocolates, batatas fritas, doces, refrigerantes e uma variedade de alimentos de conveniência estão agora disponíveis em máquinas de venda automática de fácil acesso ou em pontos de venda que normalmente não vendem alimentos como seu negócio principal, tais como lojas de vídeo, postos de gasolina e lojas de hardware (Cohen, 2008).

#### **1.4.6 Factores Comportamentais e Psicológicos**

Entre os factores etiológicos da obesidade, o papel desempenhado pelos aspectos psicológicos têm recebido uma atenção crescente (Santos, Peres & Benez, 2002). Contudo do ponto de vista da psicologia, os trabalhos relacionados com a obesidade ainda são relativamente escassos e os seus resultados nem sempre são consensuais, apesar de existir um consenso de que diferentes factores psicológicos possam estar associados a doença (Oliveira, & Yoshida, 2008). Existe uma enorme dificuldade em estabelecer quais são os problemas psicológicos que causam obesidade e os resultam da obesidade e existem várias teorias sobre como os problemas psicológicos e a obesidade estão ligadas, no entanto a teoria que reúne maior consenso refere que existe uma associação bidireccional entre as perturbações mentais

e a obesidade (Luppino, Wit, Bouvy, Stijnen, Cuijpers, Penninx et al., 2010; Gatineau & Dent, 2011; WFMH, 2010). São diversas as investigações que sugerem que existe uma relação directa entre morbidade psicológica e o excesso de peso, embora os factores responsáveis por esta relação não estejam claros.

Diversos autores, têm sugerido que a desinibição no comportamento alimentar (Bryant, King & Blundell, 2008), impulsividade (Davis, 2009), depressão (WFMH, 2010), a ansiedade (Santos et al., 2002; WFMH, 2010) e as perturbações da personalidade podem estar na origem da obesidade (Mather et al., 2008). Outras características comportamentais e psicológicas que têm sido associados com o ganho de peso e desenvolvimento de obesidade incluem ter uma imagem corporal inferior, auto-estima e auto-motivação, estratégias de *coping* pobres e poucas capacidades na resolução de problemas (Byrne, 2002; WFMH, 2010). Santos e colaboradores (2002), acrescentam que a obesidade pode ser motivada por dificuldade em tolerar frustrações, elaborar afectos e impulsos, lidar com o *stress* e impulsos, medo, agressividade e discriminar sentimentos e sensações, e pode surgir como defesa contra sintomas depressivos.

Estudos comparativos entre obesos e não obesos sugerem que os obesos apresentam um comportamento alimentar desinibido (Bryant et al., 2008). O comportamento alimentar e os componentes específicos da mesmo, incluindo restrição na alimentação, desinibição e fome têm sido avaliados com *Three-factor eating questionnaire* (TFEQ). Pontuações mais elevadas de desinibição tem sido consistentemente associada a um maior peso ou ganho de peso ao longo do tempo (Bryant et al., 2008; Chaput, Leblanc, Pérusse, Després, Bouchard & Tremblay, 2009). Indivíduos com desinibição no comportamento alimentar são caracterizados por ter uma maior tendência a comer em excesso, por exemplo, quando a comida é muito saborosa, na companhia de alguém que come em excesso, em ocasiões sociais e quando se tem um problema emocional ou está *stressado* (Bryant et al. 2008; Stunkard & Messick, 1985). Relativamente a restrição alimentar os resultados de estudos que investigam essa relação com o peso tem sido inconsistentes (Bryant et al. 2008). No entanto, indivíduos com maior peso têm altos níveis de desinibição, juntamente com os níveis mais baixos de contenção (Dykes, Brunner, Martikainen & Wardle, 2004; Hays, Bathalon, McCrory, Roubenoff, Lipman & Roberts, 2002). Uma maior pontuação de fome tem sido associada com um maior peso (Chaput et al., 2009), e ganho de peso durante um período de quatro anos (Hays, Bathalon, Roubenoff, McCrory & Roberts, 2006). Indivíduos obesos também têm uma pontuação maior de fome do que indivíduos de peso normal (Harden, Corfe, Richardson, Dettmar & Paxman, 2009).

A impulsividade enquanto traço tem sido referida como um importante factor que esta na origem da obesidade (Davis, 2009). Tem sido fortemente associada com comer demais e ganho de peso. Tais indivíduos costumam ter pobres habilidades ou competências de tomada de decisão e, portanto, se envolvem em comportamentos altamente divertidos de procura ou de risco para obter uma recompensa imediata, sem considerar as consequências (Davis, 2009). O ambiente actual que promove o consumo de alimentos a disponibilização de uma variedade de alimentos pode revelar-se problemático se a pessoa está inclinada tentar todas as opções de alimentos diferentes para a recompensa imediata, muitas vezes resultando em consumo excessivo e, portanto, a ingestão de energia muito alta (Davis, 2009).

Não existe uma associação simples entre obesidade, depressão e ansiedade (Soares, 2009). A depressão e a ansiedade estão associadas com comportamentos não saudáveis, como dietas pobres, inactividade física e sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Muitos destes comportamentos não saudáveis estão ligados a um aumento potencial da obesidade (WFMH, 2010). Indivíduos com depressão actual ou depressão crónica têm 60% mais probabilidades de ser obesos do que aqueles sem histórico de depressão (WFMH, 2010). Indivíduos com história de ansiedade crónica têm 30% mais probabilidades de serem obesas do que aquelas que não tiveram um diagnóstico de ansiedade (WFMH, 2010). Alguns estudos indicam que a obesidade na adolescência pode levar à depressão na idade adulta, enquanto outros estudos indicam que a depressão na adolescência leva à obesidade na idade adulta (WFMH, 2010).

As perturbações da personalidade também têm sido referidas como potenciadores da obesidade (Mather et al., 2008). A evitação da interacção social nas perturbações de personalidade paranóide e evitante poderá potenciar um estilo de vida mais sedentário e posterior aumento taxas de excesso de peso e obesidade, devido a uma diminuição nas actividades fora da própria casa (Mather et al., 2008). Características comportamentais da perturbação anti-social poderão igualmente levar ao excesso de peso nas mulheres. Por exemplo, a impulsividade que caracteriza a perturbação anti-social, pode levar a obesidade na população na medida em que é conhecida associação de impulsividade com falta de inibição em relação para comer (Yeomans, Leitch, & Mobini, 2008), o que pode levar a excessos e, portanto a maior peso corporal (Nederkoorn, Smulders, Havermans, Roefs & Jansen, 2006; Rydén, Sullivan, Torgerson, Karlsson, Lindroos & Taft, 2003b).

Na revisão da literatura duas formas de comer a noite têm sido referidas como associadas com o desenvolvimento da obesidade, síndrome do comer nocturno (*night eating syndrome*) (SCN) e o distúrbio do comer relacionado com o sono (*sleep related eating*

*disorder*) (DCRS), ambas associadas com momentos inadequados para comer (Howell et al., 2009). Numa revisão da literatura Howell e colaboradores (2009) aponta que uma conclusão definitiva de que NES provoca obesidade não pode ser feita nesta fase devido à falta de pesquisas nessa área. No entanto, existem evidências que existe uma relação causal, na medida que a SCN se correlaciona com IMC mais elevados, a resistência a perder peso em programas de redução de peso e que SCN é mais prevalente em obesos do que em não obesos (Howell et al., 2009). SCN também é frequentemente associada ao *distress* e a depressão, o que pode influenciar a ingestão de alimentos (Calugi, Dalle, Grave & Marchesini, 2009). A associação entre ganho de peso DCRS e obesidade foi confirmada (Howell et al., 2009). A DCRS é frequentemente associada com o sonambulismo e ao comer durante a noite de uma forma inconsciente que consiste em combinações específicas de alimentos, substâncias não comestíveis, comportamentos de preparação dos alimentos perigosa e alimentos ricos em carboidratos e gorduras, como pão, tortas, gelados, chocolate e doces (Howell et al., 2009).

## **1.5 Tratamento da Obesidade e Cirurgia Bariátrica**

O obeso mórbido geralmente tem um longo historial de tentativas de redução de peso, consistindo na maior parte dos casos através de tratamentos, utilizando-se uma dieta e uso de fármacos (Travado, Pires & Martins, 2004). Também existem aqueles que por iniciativa própria, utilizam dietas inadequadas e até mesmo, o uso de fármacos sem prescrição médica (Cavalcante, 2009). Apesar destes regimes terapêuticos proporcionarem uma redução de peso numa fase inicial, estes não são habitualmente satisfatórios, na medida que após a sua finalização a grande maioria dos pacientes obesos recupera em pouco tempo o peso perdido chegando a níveis ainda mais altos que os anteriores (Garner & Wooley, 1991). Este tipo de insucesso no tratamento desta patologia deve-se em grande parte ao seu carácter unimodal, em que se privilegia uma intervenção biológica, bioquímica e prescritiva, característica do modelo biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais do indivíduo no seu processo de doença e tratamento (Reis, 1998; Travado et al., 2004).

Qualquer tentativa de tratamento da obesidade que se pretenda eficaz deve ser perspectivada a longo prazo, de modo a que se possam observar os seus efeitos (Cavalcante, 2009). Em virtude do aumento do número de obesos e do carácter crónico dessa patologia, a procura pelo seu tratamento aumentou bastante nos últimos tempos (Travado et al., 2004). A intervenção na obesidade deve ter uma abordagem psicoterapêutica que contemple as

dimensões biopsicossociais do indivíduo através de uma equipa multidisciplinar e integrada deve ser privilegiada de modo a assegurar o êxito do tratamento desta patologia e a sua manutenção a longo prazo, contribuindo para a melhoria de saúde, qualidade de vida, bem-estar e satisfação dos que dela padecem (Travado et al., 2004). A prevenção e o controlo do excesso de peso e da obesidade obtêm-se através da mudança de estilos de vida, com base em três pilares, em programas alimentares, incremento da actividade física e desportiva, programas educativos (DGS, 2007). Estas são as medidas mais importantes em qualquer programa de perda de peso e devem ser as primeiras a ser adoptadas (Travado et al., 2004).

Actualmente a cirurgia bariática constitui uma importante opção terapêutica para a obesidade, e é considerada a forma mais eficaz de a controlar a longo prazo, assim como as comorbilidades associadas (Delin & Anderson, 1999). No entanto a existência da cirurgia leva a que muitos pacientes a encarem como a solução mágica, depositando no cirurgião e na cirurgia todas as esperanças e expectativas. Esta crença poderá colocar em risco o êxito do tratamento, pela conseqüente desresponsabilização que ela poderá implicar por parte do paciente neste processo. A isto acresce a tendência dos pacientes obesos desejarem ser participantes passivos no seu tratamento (Randolph, 1986; Travado et al., 2004). O objectivo geral do tratamento consiste na redução do peso corporal suficiente para que este deixe de representar um risco para a saúde. Este objectivo apesar de muitas das vezes estar longe dos desejos de muitos doentes, é o que responde às necessidades reais do organismo e que se baseia em expectativas realistas, tendo, portanto, maior probabilidade de sucesso (Vaz, 2008). A cirurgia tem como objectivo primordial a saúde física e clínica, e não necessariamente a saúde emocional. Gleiser e Candemil (2006, cit in cavalcante, 2009) confirmam a posição de que a cirurgia não cura os sintomas psíquicos da obesidade, tampouco a questão estética. Contudo, o paciente esclarecido e preparado antes da cirurgia tende a apresentar expectativas realistas e recursos psíquicos adaptativos, principalmente se mantiver o acompanhamento e as recomendações preconizadas pela equipa, pode ter sucesso na manutenção da perda de peso.

Têm sido sugeridos por alguns autores critérios de natureza psicológica para a selecção de candidatos a cirurgia, que a contra-indicam ou que os remetem para tratamento prévio. Como contra-indicações ou até mesmo critérios de exclusão tem sido referido as seguintes condições clínicas: perturbações alimentares do tipo compulsivas, bulimia nervosa, as psicoses, estados maníacos, perturbações da personalidade, perturbações ansiosas e depressivas, ideação e intenção suicida (Segal & Fandino, 2002). Verifica-se que não existe consenso entre os autores relativamente à rigidez dos critérios, sendo que alguns autores consideram alguns parâmetros como contra-indicação absoluta para a cirurgia, por outro lado,

outros definem níveis de contra-indicação e indicam linhas orientadoras para o adequado tratamento de determinadas perturbações psicológicas antes da realização da cirurgia (Travado et al., 2004). Ainda assim, observa-se um crescente abandono de critérios psicológicos na selecção de candidatos a estes procedimentos, provavelmente devido à ausência de instrumentos que permitam adequada avaliação prognóstica (Segal & Fandino, 2002). Vários clínicos referem que as alterações do foro comportamental não são, por si só, impeditivas da realização do tratamento, mas deverão ser consideradas nas opções a serem tomadas, face ao processo de cura (Glinski, Wetzler & Goodman, 2001), sendo que, em alguns estudos o grau de psicopatologia é sugerido como constituindo o “elemento-chave” para o desenvolvimento, quer de complicações médicas quer de psicológicas, na fase pós-cirurgia (Cavalcante, 2009).

Em relação aos indivíduos já submetidos à cirurgia, apesar de também não haver unanimidade, um ponto que tem merecido atenção especial na área psicológica diz respeito ao ganho de peso, após a cirurgia bariátrica, já que se tem observado que, num espaço de tempo de cinco a nove anos após a cirurgia, os indivíduos tendem a apresentar um retorno ao patamar de obesidade, até mesmo obesidade mórbida (Silva, 2005b). A maioria dos estudos indicam uma melhora no quadro emocional, principalmente nos primeiros meses, que se prolonga até dois anos (Dymek, Grange, Neven, & Alverdy, 2002; Malone & Mayer-Alger, 2004; Mello, 2001), principalmente em mulheres, indivíduos jovens e naqueles com um maior excesso de peso (Dixon, Dixon, & O’ Brien, 2003). Constata-se que existe uma melhoria da psicopatologia e possivelmente da doença psiquiátrica de base prévia à cirurgia, independentemente da técnica usada (Dixon & O’ Brien, 2002) e da quantidade de peso perdido (Dixon & O’ Brien, 2002; Diniz, Sander, & Almeida, 2003). Segundo Dymek e colaboradores (2002) que avaliaram a qualidade de vida (incluindo a depressão), indicaram que antes da cirurgia os pacientes apresentaram um nível leve de depressão e após o procedimento cirúrgico, os *scores* caíram para depressão mínima.

Alguns autores, como por exemplo, Franques e Ascencio (2006) e Cavalcante (2009), apontam que os obesos propostos para a cirurgia bariátrica não apresentam valores elevados de depressão antes da cirurgia, no entanto referem que os valores de depressão baixaram após a cirurgia. Segundo, Markowitz, Friedman e Arent (2008) estes efeitos positivos da cirurgia não parecem estar apenas directamente relacionados com a perda de peso, outros factores podem assumir um papel activo, nomeadamente, o apoio social, gestão de *stress*, evitamento do erro cognitivo tudo ou nada e o exercício físico.

Pesquisas relatam as consequências psicológicas após a cirurgia bariátrica, dividindo-as entre positivas e negativas. Entre as positivas, destacam-se o aumento da auto-estima, diminuição da avaliação negativa sobre a imagem corporal, melhoramento no comportamento alimentar e melhoria da qualidade de vida. Entre as negativas destacam-se a crise de identidade, demanda por novos relacionamentos, familiar ou conjugal, um esforço para aceitar a mudança do corpo, necessidade de reaprender a se alimentar, estabilidade na perda de peso, dificuldade em assumir um olhar “normal” sobre o corpo, e o permanente monitorização da alimentação. (*Psychological considerations*, 2006 cit in Cavalcante, 2009).

Em suma a obesidade é uma doença crónica, que resulta do armazenamento excessivo de gordura, que evolui ao longo dos anos, frequentemente está associada com doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, DM2, metabólicas, músculo-esqueléticas e respiratórias (Segal et al., 2002; Vaz, 2008). Os dados sugerem que nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento a prevalência da obesidade tem uma tendência a aumentar, em Portugal mais de 50 % da população adulta sofre de excesso de peso e 14% desta é obesa (ONAFD, 2011). Apresenta uma etiologia multi-factorial na sua origem, esta doença envolve interações complexas entre diversos factores, entre os mais determinantes, encontra-se o padrão alimentar e a inactividade física, que contribuem de forma considerável para o aumento da adiposa e o desenvolvimento da obesidade (Tomaz, 2008). Também tem sido referido que um baixo rendimento e uma baixa escolaridade estão ligadas a maiores prevalências de obesidade (Drewnowski, 2009). Além disso, a obesidade nas mulheres é geralmente associada a um baixo rendimento e grau de escolaridade, enquanto esta associação é menos consistente nos homens (Drewnowski, 2009). São diversas as investigações que sugerem que existe uma relação directa entre morbilidade psicológica e o excesso de peso, embora os factores responsáveis por esta relação não estejam claros. Na actualidade a obesidade constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública, acarretando prejuízos para a saúde física e mental. Frequentemente a obesidade encontra-se associada a morbilidade psicológica, necessitando de uma melhor compreensão, no qual irá merecer a nossa maior atenção no próximo capítulo.

## **CAPÍTULO II – MORBILIDADE PSICOLÓGICA**

A obesidade é uma condição séria e prevalente, com graves riscos de morbidade e mortalidade, na qual as suas consequências físicas têm sido bem estudadas. No entanto, os seus correlatos psicológicos são menos conhecidos (Markowitz et al., 2008). Existe um consenso em afirmar que a obesidade está associada com as complicações clínicas, enquanto doença que precisa de tratamento na área médica, o mesmo não se pode afirmar em relação às alterações psicológicas (Benedetti, 2003; Cavalcante, 2009; Wajner, 2003). As principais psicopatologias referidas pela literatura relativamente a população com obesidade são as perturbações depressivas e ansiosas, comportamento alimentar e da imagem corporal (WFMH, 2010) e as de personalidade. Assim, neste capítulo será caracterizado a relação entre obesidade e morbidade psicológica, a depressão, ansiedade, comportamento alimentar, imagem corporal, personalidade e perturbações da personalidade.

### **2.1 Obesidade e Morbidade Psicológica**

A obesidade, nos anos 50, era considerada um problema psicológico, visto a dominância da teoria freudiana no contexto da psicologia e psiquiatria, que tendia a associar causas psicogénicas a diversas doenças (Vasconcelos, 2006). Deste modo, a obesidade foi durante muito tempo compreendida como uma manifestação somática de um conflito psicológico subjacente que, em determinados indivíduos com formação egóica inadequada, somente poderia ser solucionado através da hiperfagia (Segal & Fandiño, 2002). Actualmente na CID-10, a obesidade encontra-se categorizada no capítulo de transtornos mentais e comportamentais, dentro da categoria de Transtornos Alimentares, na descrição de hiperfagia psicogénica. No entanto, a obesidade não é classificada como uma perturbação psiquiátrica (APA, 2002) e considerar a obesidade como uma doença mental não é aceite actualmente sem grandes reservas pelos estudiosos do tema (Segal et al., 2002).

Durante muito tempo, os indivíduos obesos foram considerados como pertencentes a um grupo homogéneo, baseado apenas numa característica comum, o peso. Ignorando-se desta forma as possíveis diferenças comportamentais que podem, em alguns casos, ter estado na origem da obesidade (Friedman & Brownell, 1995). Assim, tem sido referido que muitos dos problemas emocionais poderão preceder o desenvolvimento de obesidade e influenciar significativamente o seu percurso (Travado et al., 2004). Por outro lado, Khaodhiar e

Blackburn (2001) sugerem que os obesos apresentam maiores níveis de psicopatologia em consequência da obesidade, tal como acontece noutras doenças crónicas. Deste modo, a obesidade pode ser vista como causadora de psicopatologia e não como consequência desta. No entanto, muitos outros autores consideram que os aspectos psicológicos para além de serem identificados como causas ou consequência da obesidade, são também retro-alimentadores da condição de obesidade, concomitantes a uma condição clínica e educacional alterada (Vasques, Martins & Azevedo, 2004). Pode ser particularmente difícil estabelecer o impacto de uma perturbação caracterizada por um início progressivo e com uma natureza crónica (Bocchieri et al., 2002). Na falta de “um antes e/ou um depois” é problemático distinguir a obesidade que resulta de sintomatologia psicológica da que é a própria obesidade que origina alterações psicológicas, ou até mesmo se esta sintomatologia tem alguma conexão específica com a obesidade (Bocchieri et al., 2002).

No entanto, são diversas as patologias que frequentemente estão associadas à obesidade. Vários estudos na população obesa relataram índices significativamente elevados de depressão (Maddi, Khoshaba, Persico, Bleecker, VanArsdall, 1997; Matos, Aranha, Faria, Ferreira, Bacaltchuck & Zanella, 2002; Pickering, Grant, Chou & Compton, 2007; Scott, Bruffaerts, Simon, Alonso, Angermeyer, de Girolamo et al., 2008a), depressão major (Scott, McGee, Wells & Browne, 2008b; Simon, Korff, Saunders, Miglioretti, Crane, Belle, et al., 2006), depressão distímica (Barry, Pietrzak e Petry, 2008), depressão bipolar (Barry et al., 2008; Simon et al., 2006), em especial tipo II (Alciati, D’Ambrosio, Foschi, Corsi, Mellado & Angst, 2007). A seguir a depressão encontra-se a ansiedade, com valores igualmente elevados (Maddi et al., 1997). Têm sido encontrados níveis significativos de agorafobia (Simon et al., 2006), fobia específica (Black, Goldstein & Masson, 1992a) e perturbação pós-stress traumático (Black et al., 1992a; Scott et al., 2008b; Sansone, Wiederman & Monteith, 2001), perturbação de pânico (Simon et al., 2006). Também têm sido encontrados casos de perturbações do comportamento alimentar sobretudo a perturbação ingestão compulsiva (PIC) (Vasques et al., 2004) e com algum nível de significância a bulimia nervosa (BN) (Black et al., 1992a; Hsu, Betancourt & Sullivan, 1996; Matos et al., 2002; Sansone et al., 2001). Na literatura também têm sido referidos vários casos com distorção da imagem corporal (DIC) (Vasques et al., 2004). Vários autores referem outras complicações psicológicas associadas à obesidade. Como por exemplo, Stunkard e Wadden (1992) referem baixa auto-estima, discriminação e hostilidade social, sentimentos de rejeição e exclusão social, problemas funcionais e físicos, história de abuso sexual, perdas parentais precoces, história familiar de abuso de álcool, ideação suicida, problemas familiares/conjugais, sentimentos de vergonha e

auto-culpabilização, agressividade/revolta, insatisfação com a vida, isolamento social, absentismo, psicossomatismo, entre outras morbidades psicológicas.

Estudos comparativos entre obesos na população em geral e os que procuram tratamento, sugerem que os indivíduos com obesidade que procuram tratamento apresentam níveis mais elevados de psicopatologia do que os que não procuram tratamento (Alciati et al., 2007; Linde, Jeffery, Levy, Sherwood, Utter, Pronk, et al., 2004; Maddi et al., 1997; McElroy, Kotwal, Malhotra, Nelson, Keck & Nemeroff, 2004; Wadden, Butryn, Sarwer, Fabricatore, Crerand, Lipschutz, et. al., 2006). Goldstein, Goldsmith, Anger e Leon (1996) verificaram que 50% dos obesos que procuraram um programa para a perda de peso apresentavam sintomatologia depressiva grave. Também se constata diferenças entre aqueles que procuram tratamento através da cirurgia bariátrica ou por vias farmacológicas e/ou comportamentais. Gundersen, Mahatmya, Garasky e Lohman (2011) verificaram um maior comprometimento psicológico entre aqueles que procuram a cirurgia bariátrica. Estas discrepâncias entre amostras na população em geral e amostras clínicas podem reflectir a tendência dos indivíduos que sofrem de alguma perturbação comórbida de serem mais comprometidos e, portanto, mais propensos a procurar tratamento, embora não seja possível estabelecer uma relação de causa efeito (Petribu, Ribeiro, Oliveira, Braz, Gomes, Araújo et al., 2006). Muitos obesos realizam a cirurgia bariátrica apenas devido às comorbidades físicas e por indicação médica.

Os pesquisadores e clínicos têm-se interessado pelo estudo do perfil psicológico dos indivíduos obesos seleccionados para a cirurgia bariátrica. Os seus correlatos psicológicos podem ser altamente relevantes na abordagem aos pacientes obesos (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002). Diversos estudos sugerem a existência de um comprometimento psicológico nos obesos mórbidos propostos para a cirurgia bariátrica (Capitão & Tello, 2004; Dixon et al., 2003; Fabricatore et al., 2005; Mamplekou, Komesidou, Bissias, Papakonstantinou & Melissas, 2005; Reto, 2003; Soares, 2009). Um estudo de Vaidya (2006) verificou que 40 a 60% dos pacientes apresentavam um diagnóstico psiquiátrico, sendo a depressão o mais comum. A maioria dos pacientes seleccionados para a cirurgia bariátrica estavam deprimidos, apresentavam efeitos negativos da obesidade em todos os aspectos da sua vida, como por exemplo, na saúde, vida social, finanças, mobilidade e funcionamento. Um estudo mais recente na Itália aponta na mesma direcção, quase 50% dos pacientes tinha alguma perturbação mental (Bonfà, Marchetta, Avanzi, Baldini, Raselli, Uber et al., 2010).

Por outro lado, alguns autores indicam que os indivíduos obesos propostos para a cirurgia bariátrica estão próximos da população geral, sem níveis elevados de sintomatologia

psicopatológica (Dymek et al., 2002; Franques & Ascencio, 2006; Malone & Mayer-Alger, 2004; Travado et al., 2004). Em estudos realizados para avaliar sintomas psicopatológicos medidos com a EAS-40, os resultados são semelhantes aos de outras pesquisas que sugerem que a severidade da psicopatologia presente nos casos de obesidade é semelhante à da população geral (Dymek et al., 2002; Franques & Ascencio, 2006; Malone & Mayer-Alger, 2004). Apesar da obesidade grau III ser frequentemente acompanhada por várias comorbidades médicas, ela não deve ser vista como necessariamente associada a problemas de ordem psicológica (Oliveira & Yoshida, 2009). Na maioria das vezes não há diferenças entre a população obesa e a não obesa em termos de problemas emocionais e no aparecimento de perturbações psicopatológicas (Reto, 2003). Contudo, há que ter cuidado com esta generalização uma vez que nos casos de obesidade severa, especialmente naqueles propostos para a cirurgia bariátrica (Grau II e III) os estudos mostram que esses indivíduos são mais vulneráveis a apresentarem alterações psicológicas (Fabricatore et al., 2005; Oliveira, 2006).

Na revisão da literatura constata-se que existe uma variabilidade de descobertas, dada a panóplia de metodologias e medidas de saúde mental adoptadas, combinadas com a heterogeneidade da população com obesidade e a atenção a potenciais moderadores da relação entre a obesidade e perturbação mental (tais como a idade, o sexo, habilitações literárias, estatuto sócio-económico e a etnia, entre outros) (Soares, 2009). Assim como, constata-se que em regra as amostras neste tipo de população são reduzidas, sendo desta forma mais sensíveis a variações nos resultados. No entanto, as pesquisas sobre a obesidade no decorrer da última década tiveram um forte impacto nos conceitos sobre esta doença e na sua abordagem clínica. A medida que os profissionais de saúde lidam com populações clínicas, pacientes que se apresentam para o tratamento de obesidade, o achado de perturbações clinicamente significativas em alguns pacientes é relevante e deve ser considerado na sua abordagem (Vasques et al., 2004). De modo, a proporcionar uma avaliação e planeamento do tratamento de uma forma mais racional e individualizada no auxílio aos pacientes a estabelecerem metas razoáveis e a trabalharem para realizarem escolhas de vida saudáveis que levem a um maior bem-estar físico e psicológico (Dobrow et al., 2002).

## **2.2 Depressão e Obesidade**

A depressão é uma perturbação do humor caracterizada principalmente pela presença de humor deprimido, perda do interesse na realização de actividades gratificantes, alterações

do sono e do apetite, além de outros sinais e sintomas (APA, 2002). Constitui um dos mais graves problemas de saúde mental no mundo contemporâneo. Revela-se a maior causa de morbidade no mundo desenvolvido (WHO, 2011). Apresenta consequências substanciais ao nível do sofrimento humano, perda da vida e de produtividade (Soares, 2009). As pessoas sofrem e muitas vezes são incapazes de continuar o trabalho. Isso leva a problemas financeiros que agravam o problema. A família do paciente também sofre e muita tensão é colocada sobre os relacionamentos. Os problemas resultantes da depressão podem tornar-se crónicos ou recorrentes e levar a um prejuízo substancial na capacidade da pessoa para cuidar das suas responsabilidades quotidianas. No pior dos casos, a depressão pode levar ao suicídio, uma trágica fatalidade associada com a perda de cerca de 850 000 vidas a cada ano (WHO, 2011).

Entre as perturbações mentais a depressão é a que mais se associa ao quadro de obesidade (Black et al., 1992a; Dobrow et al., 2002; Glinski et al., 2001). Diversos estudos encontram uma associação consistente entre elas (Markowitz, et al., 2008; Onyike, Crum, Lee, Lyketsos & Eaton, 2003; Roberts, Deleger, Strawbriedge, & Kaplan, 2003; Roberts, Kaplan, Shema & Strawbridge, 2000; Roberts, Strawbriedge, Deleger, & Kaplan, 2002; Strine, Mokdad, Dube, Balluz, Gonzalez, Berry et al., 2008; Sullivan, Karlsson, Sjostrom, Backman, Bengtsson, Bouchard, et al., 1993). A revisão da literatura sugere que a obesidade e a depressão podem ter uma relação causal, na qual essa associação pode ser bidireccional (Barry et al., 2008; Luppino et al., 2010; Markowitz, et. al., 2008; Mather, Cox, Enns & Sareen, 2009; Simon et al., 2006). Friedman e Brownell (1995) propõem que as pesquisas sobre a obesidade se foquem na identificação de potências factores de risco para a depressão dentro da população com obesidade. De acordo com estes autores, a população com obesidade é heterogénea nas suas características psicossociais, o que não possibilita generalizar a relação entre a obesidade e um factor psicológico, como a depressão. Os autores realçam que é importante considerar os mecanismos que ligam estas duas condições. A revisão da literatura sugere que os possíveis riscos para a comorbilidade de obesidade e depressão incluem a obesidade mórbida, o sexo, idade, estatuto sócio e económico, idade, nível de instrução e etnia.

Várias investigações sugerem que a obesidade mórbida é um preditor de depressão (Dong, Sanchez & Price, 2004; Friedman & Brownell, 1995; Markowitz et al., 2008; Scott et al., 2008a). Onyike e colaboradores (2003) utilizaram os dados do *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (1988-1994) para examinar a relação entre depressão e obesidade em aproximadamente de 40.000 indivíduos. A Depressão foi definida através de

critérios do DSMIV, terceira edição e medido com o *Diagnostic Interview Schedule*. Os autores constataram que as pessoas com obesidade têm aproximadamente 1.5 vezes maior prevalência de depressão nos últimos meses do que as pessoas com peso normal. As pessoas que apresentavam obesidade mórbida ou classe III, nos últimos dez anos apresentavam uma maior propensão para desenvolverem um episódio de depressão major, cerca de cinco vezes mais do que os indivíduos com peso normal. Quando a obesidade foi estratificada por gravidade, a heterogeneidade na associação com a depressão foi observada. Os obesos mórbidos foram associados com a presença de depressão nos últimos meses em análises não ajustadas, a associação manteve-se forte após os resultados serem controlados por idade, escolaridade, estado civil, a classificação do médico de saúde, fazer dieta por razões médicas, uso de medicamentos psiquiátricos, tabagismo e uso de álcool, cannabis e cocaína. Estes achados sugerem que a obesidade está associada com a depressão, principalmente entre as pessoas com obesidade mórbida.

Diversos estudos sugerem que ser do sexo feminino constitui um factor de risco para a depressão entre os obesos, existindo uma associação consistente entre obesidade e depressão nas mulheres, mas não nos homens (Chen, Jiang & Mao, 2009; Dong et al., 2004; Friedman et al., 1995; Luppino et al., 2010; Markowitz et al., 2008; Onyike et al., 2003). Barry e colaboradores (2008) utilizaram os dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* com um total de 40790 sujeitos, com o objectivo de analisar as diferenças de género nas associações entre o IMC e as perturbações afectivas. A obesidade foi associada com um maior risco para qualquer perturbação do humor, perturbação depressiva major e perturbação distímica, em ambos os sexos. No entanto, o risco de perturbação bipolar I e II é mais elevado nas mulheres com obesidade e não estava presente nos homens.

Ma e Xiao (2010) examinaram uma amostra populacional de mulheres dos EUA que participaram em 2005 ou 2006 no NHANES. No estudo utilizaram o *Patient Health Questionnaire*, critérios de diagnóstico do DSMIV-TR e foi calculado o IMC e a obesidade abdominal. O IMC foi positivamente associado com a probabilidade de sintomas depressivos moderados e severos, assim como, com a depressão major. As probabilidades de depressão aumentavam progressivamente e significativamente, a partir do IMC de 30. Assim, o grau de obesidade foi um factor de risco para a depressão. Também constataram que as mulheres na classe III estavam particularmente em risco em comparação com as da classe I. A obesidade abdominal foi positivamente associada com sintomas depressivos, mas não com a depressão major. Além de obesidade grave, o estado de saúde física comprometido, a idade adulta

jovem ou de meia-idade, a baixa renda e o nível de educação elevado, também estavam associados com maiores probabilidades de sintomas depressivos nas mulheres obesas.

Contudo, existem estudos em menor número que documentam uma associação inversa entre a obesidade e a depressão nas mulheres (Crisp & McGuiness, 1975; Crisp, Queenan, & Sittampaln, 1980). Palinkas, Wingard e Barrett-Conner (1996) avaliaram a associação entre o peso corporal e os sintomas depressivos em idosos numa amostra de 2.245, não institucionalizados, com idades compreendidas entre os 50 e 89 anos e a viverem nos EUA. A prevalência de depressão foi inversamente associada com o peso corporal nos homens, mas não nas mulheres.

A idade parece assumir um papel importante no desenvolvimento da depressão na obesidade. Luppino e colaboradores (2010) realizaram uma revisão sistemática e uma meta-análise sobre a relação entre depressão longitudinal, excesso de peso, obesidade e possíveis factores de influência, utilizando 15 estudos com um total de 58.745 sujeitos. Constataram que a associação entre obesidade e depressão foi estatisticamente significativa nos adultos, com idades compreendidas entre os 20-59 anos ou mais. Não foi encontrada uma associação significativa nas pessoas mais jovens, com idades inferiores aos 20 anos. Chen e colaboradores (2009) realizaram também uma meta-análise com o objectivo de determinar as variações de acordo com a idade e o sexo na associação entre obesidade e depressão, com dados de 59.652 adultos com idade igual ou superior a 18 anos, que participaram no *Canadian Community Health Survey* em 2005. Para além da depressão estar mais associada às mulheres, constaram que essa associação era mais forte no grupo etário dos 18-39 anos, sugerindo que a obesidade está associada com um risco aumentado de depressão nas mulheres mais jovens. Estes dados que vão ao encontro de outras instigações que sugerem que a depressão e a obesidade parecem estar mais relacionadas nas mulheres mais jovens (Ma & Xiao, 2010; van der Merwe, 2007). Palinkas e colaboradores (1996) também verificaram que nos idosos, as mulheres apresentavam taxas de depressão inferiores às dos homens.

Além disso, para além de serem encontradas diferenças entre as diversas faixas etárias, um estudo longitudinal de Kivimäki, Batty, Singh-Manoux, Nabi, Sabia, Tabak e colaboradores (2009), verificou que a associação entre depressão e obesidade torna-se mais forte à medida que as pessoas envelhecem. A análise incluiu medidas das perturbações mentais (*General Health Questionnaire*), peso e altura. Foram inquiridos 10.166 participantes, 6820 homens e 3346 mulheres, com idades entre os 35-55 anos, quatro vezes durante um período de 19 anos.

O ESC tem sido referido como um importante factor de risco para a depressão nos obesos, no entanto a sua relação com depressão contínua incerta (Gatineau & Dent, 2011). Algumas investigações sugerem que os obesos com um ESC mais baixo podem ser mais propensos a experimentarem a depressão na obesidade. Kinge e Morris (2010) realizaram um Inquérito de Saúde na Inglaterra entre 2003 e 2006, com uma amostra de 33.716, com idade superior a 16 anos. Constataram que o impacto negativo da obesidade é maior em pessoas com baixo nível sócio económico. Esta tendência também foi observada após o controlo para as características individuais e familiares, embora a significância estatística e a magnitude dos efeitos tenha diminuído. Matos e Zanella (2002) num estudo realizado no Brasil observaram uma importante frequência de sintomas de depressão grave (84%) bem mais elevada do que a registada em estudos realizados em países desenvolvidos. Levantou-se a hipótese de que tal diferença fosse resultado das disparidades sócio económicas entre as populações. No entanto, diversos estudos referem que a obesidade esta associada com um ESC elevado (Chen et al., 2009; Markowitz et al., 2008). Por outro lado, Moore, Stunkard e Srole (1962) referem que a associação entre obesidade e depressão apenas é significativa para as mulheres obesas que têm um elevado ESC.

O nível de escolaridade assume um papel importante na relação obesidade e depressão, no entanto, a sua generalização não é possível, constata-se diferentes tendências em diversos países. Scott e colaboradores (2008a) realizaram um estudo internacional em 13 países, no continente Americano (Colômbia, México, EUA), na Europa (Bélgica, Alemanha, França, Itália, Holanda, Espanha), no Médio Oriente (Israel, Líbano) e na Ásia / Pacífico (Japão, Nova Zelândia), com um total de 62.277 participantes. O objectivo do estudo consistiu em investigar a associação entre perturbações mentais e obesidade na população em geral e potenciais moderadores destas associações (etnia, sexo, idade, educação). As perturbações mentais foram avaliadas pelo *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.0), o peso e altura foram auto-relatados e a obesidade foi definida com base no cálculo do IMC. Verificaram que a associação entre depressão, obesidade e nível de educação, apenas é significativa para aqueles com maior nível de escolaridade. Essa associação foi mais forte nos EUA e na Bélgica. Do mesmo modo, outras investigações nos EUA apontam que existe uma associação entre elevado nível escolar e depressão (Dong et al., 2004; Friedman & Brownell, 1995; Ma & Xiao, 2010; Markowitz et. al., 2008; Simon et al., 2006). Por outro lado, em alguns países verificou-se uma tendência inversa, como por exemplo, na Nova Zelândia, Scott e colaboradores (2008b) encontraram uma associação entre obesidade e perturbações de humor em mulheres com poucas habilitações literárias.

A etnia assume um papel importante no desenvolvimento da depressão (Friedman & Brownell, 1995; Markowitz et al., 2008; Simon et al., 2006). Diversos estudos têm sido realizados nos EUA para explorar diferenças na associação entre depressão e obesidade explorando as diferenças étnicas. Um estudo recente de Rosen-Reynoso Alegria, Chen, Laderman e Roberts (2011) procurou explorar as diferenças numa amostra representativa de não-latinos brancos, latinos, asiáticos, afro-americanos e africanos das Caraíbas, com um total de 13.837 participantes. Na análise inicial do qui-quadrado, obesos brancos não-latinos apresentavam uma maior probabilidade de apresentarem uma Perturbação Depressiva nos últimos 12 meses. Foram realizados ajustes para idade e sexo neste grupo, e verificou-se que apresentam uma maior probabilidade de cumprirem os critérios para Episódio Depressivo Maior, Perturbação Distímica e outra qualquer Perturbação Depressiva nos últimos 12 meses. Esta associação não foi observada nos outros grupos étnico-raciais. Um estudo de Dong e colaboradores (2004) nos EUA, com uma amostra de 1.730 americanos europeus e 373 afro-americanos, em 482 famílias, constataram que os americanos europeus obesos apresentam um risco maior de desenvolverem depressão. Também verificaram que aqueles que eram solteiros, com distúrbios físicos crônicos e os filhos de pais deprimidos também apresentavam maiores probabilidades de desenvolverem depressão. Luppino e colaboradores (2010) referem que a associação entre obesidade e depressão é mais acentuada nos EUA que nos países europeus.

Relativamente aos estudos realizados com os pacientes seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica, também têm sido encontradas altas taxas de depressão (Andersen, Aasprang, Bergsholm, Sletteskog, Vage, Natvig, 2010; Petribu et al., 2006). Bonfã e colaboradores (2010) verificaram que a depressão estava presente em 32.4% dos pacientes. Um estudo de Schowalter, Benecke, Lager, Heimbucher, Bueter, Thalheimer e colaboradores (2008) constatou que na avaliação pré-operatória, 35% dos pacientes obesos sofria de sintomas depressivos clinicamente relevantes. Os valores mais elevados de depressão foram observados nos pacientes que vivem sozinhos e que possuíam baixos níveis de educação. Um estudo de Ali, Rasmussen, Monash, e Fuller (2009), com uma amostra de 1.368 pacientes, a prevalência de depressão foi de 36%. Verificou-se que a depressão estava associada a idades mais elevadas e era mais prevalente nos pacientes do sexo feminino. Em geral, os pacientes com depressão tinham mais comorbidades físicas. No estudo de Matos e Zanela (2002), os sintomas depressivos estavam presentes em 100% dos pacientes, sendo que destes, 84% apresentavam sintomatologia grave. No entanto, na revisão da literatura, os dados recolhidos

apontam que as taxas de depressão nos pacientes propostos para a cirurgia bariátrica apresentam em média valores compreendidos entre os 30% a 40%.

Alciati e colaboradores (2007), numa amostra de 83 pacientes seleccionados para a cirurgia bariátrica verificaram que a perturbação bipolar estava presente em 89% dos pacientes com obesidade mórbida, com as maiores taxas de prevalência na perturbação bipolar II. Comorbilidade com perturbação de pânico foi observada em 30% dos pacientes com perturbações do espectro bipolar. Estes achados sugerem que a doença do espectro bipolar, no quadro hipomaniaco caracterizada por hiperactividade, é muito comum em indivíduos com obesidade mórbida, contrariando as evidências anteriores de baixos níveis de actividade física nesta população.

Alguns estudos indicam que não existe associação entre obesidade e depressão (Dymek et al., 2002; Friedman & Brownell, 1995; Hallstrom & Noppa, 1981). Franques e Ascencio (2006), numa pesquisa realizada no estado de São Paulo com pacientes que se prepararam para a cirurgia bariátrica, verificaram a presença de depressão leve nesses sujeitos, valores próximos da população em geral, sem níveis elevados de sintomatologia psicopatológica. No entanto, destaca-se que 25% apresentaram um nível moderado de sintomas depressivos, sugerindo que um quarto da população atendida para a cirurgia bariátrica merece atenção quanto a esse aspecto, e que a população de obesos mórbidos é heterogénea no que respeita à severidade da depressão.

Na revisão da literatura constata-se que em regra as amostras dos pacientes propostos para a cirurgia bariátrica são reduzidas, sendo desta forma mais sensível a variações na presença de depressão ou outras perturbações, numa população que se revela heterogénea. Paralelamente, constata-se que estabelecer relações através do IMC entre os pacientes propostos para a cirurgia bariátrica revela-se uma medida insatisfatória. Tendo em conta que os pacientes seleccionados para cirurgia bariátrica têm em regra um IMC elevado (superior a 35) não se pode partir do pressuposto de que a relação entre a obesidade e a depressão é linear (Onyike et al., 2003), ou que se encontrem diferenças substanciais quanto à depressão neste tipo de população relativamente ao IMC.

### **2.3 Ansiedade e Obesidade**

Frequentemente a ansiedade encontra-se associada a obesidade (Cataneo, Carvalho, Galinho & Preto, 2005). A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicas e

fisiológicas, que fazem parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desenvolvimento e sobrevivência (Andrade & Gorenstein, 1998). A ansiedade é uma sensação ou sentimento decorrente da excessiva excitação do Sistema Nervoso Central consequente de uma situação de perigo (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). A ansiedade pode tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objecto específico ao qual se direcione (Andrade & Gorenstein, 1998; Caetano et al., 2005). O estudo sobre a ansiedade do ponto de vista psicológico salienta uma diferenciação quanto à forma com que ela se apresenta - ansiedade estado e traço (Cataneo et al., 2005; Vaz, 2009). A ansiedade enquanto estado consiste num estado emocional transitório ou uma condição do organismo humano, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos por um aumento da actividade do Sistema Nervoso Autónomo (Luiz, Gorayeb, Júnior & Domingos, 2005). Os níveis de ansiedade estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo (Andrade & Gorenstein, 1998). Segundo Andrade e Gorenstein (1998) a ansiedade enquanto traço, refere-se as diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade. Consiste em diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade (Caetano et al., 2005; Luiz et al., 2005). Os escores de ansiedade traço são menos susceptíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo (Caetano et al., 2005).

Nos países desenvolvidos, as perturbações ansiosas são provavelmente as mais prevalentes (Bennett & Goldman, 2001; Garipey, Nitka & Schmitz, 2010). Scott e colaboradores (2008b) consideram que as evidências de uma maior associação entre a obesidade e a depressão podem ser um reflexo de uma menor inclusão das perturbações de ansiedade nos estudos existentes, confinadas a estudos sobre a depressão, assim como têm sido investigadas as perturbações mentais de ansiedade, em vez de sintomas de ansiedade. Acrescentam, que as perturbações de ansiedade são um grupo heterogéneo, e deste modo as generalizações sobre a ansiedade podem não ser aplicadas a todas as perturbações de ansiedade. No entanto, na revisão da literatura as perturbações de ansiedade encontram-se em segundo lugar entre as perturbações mais associadas com a obesidade nos pacientes propostos para a cirurgia bariátrica (Black et al., 1992a; Glinski et al., 2001).

Scott e colaboradores (2008a) no seu estudo internacional constataram que a associação entre obesidade e perturbações da ansiedade era um pouco mais forte do que a observada entre a obesidade e perturbações depressivas, embora, novamente, existam diferenças entre países. Em contraste com os resultados de perturbação depressiva, a relação

entre obesidade e perturbação da ansiedade é significativa apenas para aqueles com menor escolaridade. Consistente com os achados da perturbação depressiva, são apenas as mulheres que mostram uma relação significativa entre a obesidade e a perturbação de ansiedade, com probabilidades 1,3 para as mulheres e de 1,0 para os homens. Existem também diferenças na relação entre a obesidade, perturbações da ansiedade e idade, as probabilidades para cada faixa etária são as seguintes: 18-34 (1,3 [1,0, 1,5]), 35-49 (1,1 [0,9, 1,3]), 50-64 (1,1 [0,9, 1,4]), 65 + (1,7 [1,2, 2,3]). As pessoas com mais de 65 anos de idade apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem uma perturbação de ansiedade.

Scott e colaboradores (2008b) na Nova Zelândia realizaram um inquérito domiciliar a nível nacional em 12.992 obesos com 16 ou mais anos de idade. Constataram que a obesidade foi significativamente associada com qualquer perturbação do humor, em especial a perturbação depressiva major, qualquer perturbação da ansiedade e uma associação mais forte com a perturbação pós-stress traumático. Constataram que a associação entre obesidade e ansiedade era mais forte que a obesidade e depressão. Segundo os autores as variáveis sócio demográficas e obesidade correlacionavam-se moderadamente com as perturbações do humor e foram significativas com as perturbações da ansiedade, sugerindo que as variáveis sócio demográficas apenas assumem um papel importante na relação entre obesidade e perturbações do humor.

Uma pesquisa nos EUA de Simon e colaboradores (2006) avaliou a associação entre obesidade e grau de humor e ansiedade, utilizando os dados da *National Comorbidity Survey*, em aproximadamente 40.000 indivíduos. Os resultados indicam que as pessoas obesas têm aproximadamente 25% maiores probabilidade de apresentarem ansiedade e perturbações humor do que a população em geral. Essa taxa aumenta para 44% na população branca e com grau de escolaridade mais elevado. Paralelamente, constataram que a obesidade está associada com o aumento significativo do diagnóstico de perturbação de pânico e agorafobia.

Mather e colaboradores (2009) utilizaram os dados da amostra *Canadian Community Health Survey Cycle 1.2*, com um total de 36.984 sujeitos, com 15 ou mais anos de idade e verificaram que a obesidade estava positivamente associada com ataques de pânico, fobia social, agorafobia com perturbação de pânico, assim como perturbação de ansiedade ao longo da vida. A obesidade também estava associada positivamente com ataques de pânico, fobia social e outras perturbações de ansiedade no último ano. No mesmo estudo constatou-se que a obesidade estava associada com a ideação suicida e tentativas de suicídio e negativamente associada à toxicod dependência nos últimos anos. A maioria destas associações foram encontradas nas mulheres, embora em alguns casos também estavam presentes nos homens.

Barry e colaboradores (2008) verificaram que a obesidade estava associada com uma maior probabilidade de perturbações de ansiedade e fobias específicas em homens e mulheres. No entanto, as mulheres apresentavam um risco maior de fobia social. O excesso de peso previu o aumento do risco de fobia social e fobia específica em mulheres, mas não para os homens. As mulheres com excesso de peso apresentavam mais frequentemente perturbações de ansiedade, especialmente fobias sociais e fobias específicas, do que as mulheres com peso normal. Segundo Soares (2009), as mulheres com excesso de peso e obesidade apresentam um maior risco de fobia social e medo de enfrentar situações sociais do que os homens, já que elas têm a expectativa de que vão ser negativamente avaliadas devido ao peso.

Como tem sido referido, a população obesa, comparativamente à população em geral apresenta uma sintomatologia elevada de ansiedade. Os estudos realizados nos pacientes propostos para a cirurgia Bariátrica seguem a mesma tendência. Vários estudos verificaram associações positivas entre a obesidade e a ansiedade em pacientes seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica (Andersen et al., 2010; Mazzoni, Mannucci, Rizzello, Rica & Rotella, 1999; Rosmond & Bjurntorp, 1998; Sánchez, López, Vargas, Téllez, Vásquez, Arcila et al., 2003; Sarlio-Lahteenkorva & Rissen, 1998) e com maior incidência nas mulheres (Becker, Margraf, Turke, Soeder, & Neumer, 2001).

Rosik (2005) utilizando o *Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire* numa amostra de 294 indivíduos no momento da avaliação para a cirurgia bariátrica constatou que as perturbações da ansiedade estavam entre as mais prevalentes. A fobia social esteve presente em 18% dos pacientes e a perturbação obsessivo-compulsiva em 13.6 %. Segundo o autor, a preocupação com o peso pode contribuir para a perturbação obsessivo-compulsivo e o estigma cultural associado à obesidade pode ajudar a explicar a frequente ocorrência de fobia social. Os resultados do estudo sugerem a presença de uma perturbação do Eixo I em metade desses pacientes, com comorbilidades presentes em 29.9% da amostra. A maior prevalência encontrada neste estudo foi a perturbação de somatização em 29.3% dos pacientes. Também foram encontrados 15% dos pacientes com a perturbação de hipocondria.

Num estudo, Matos e Zanella (2002) utilizaram o Inventário de Traço e Estado de Ansiedade (*State – Trait Anxiety Inventory – STAI*) para avaliar sintomas de ansiedade. Verificaram uma elevada frequência de sintomas de ansiedade em obesos propostos para a cirurgia bariátrica, assim como, uma associação positiva das perturbações alimentares e a ansiedade enquanto traço e em menor grau enquanto estado. A frequência de ansiedade como traço de personalidade foi de 70% e como estado foi de 54%. No entanto, a pesquisa de

Capitão e Tello (2004) indicou traço e estado de ansiedade abaixo do normal em mulheres com obesidade Grau III, utilizando o IDATE.

Um estudo português de Soares (2009), com uma amostra de 133 sujeitos no qual foi utilizado o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), constatou que os obesos seleccionados para a cirurgia bariátrica apresentavam sintomas elevados de ansiedade e depressão, ultrapassando o limite considerado normal. A análise dos resultados obtidos permitiu verificar, considerando um ponto de corte igual ou superior a oito, a existência de ansiedade em 71.5 % dos indivíduos com diagnóstico de obesidade e de depressão em 38.5%. Foram encontrados valores médios de 7.10 de depressão e 10.45 de ansiedade. Verificou-se a existência de comorbilidade em 33.8% dos indivíduos com diagnóstico de obesidade, apresentando ansiedade e depressão. Por sua vez, Travado e Colaboradores (2004) também utilizando a HADS em 212 pacientes propostos para a cirurgia bariátrica encontraram valores médios de 7.0 para a depressão e 9.1 para a ansiedade. Neste último estudo foi utilizado o ponto de corte de 19. De acordo com os autores da HADS, Snaith e Zigmond (1993, cit. in Pais-Ribeiro, 2007), a severidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), leve (8-10), “moderada” (11-15) e “severa” (16-21). Portanto, em ambos os estudos os valores encontrados para a ansiedade encontram-se acima da média.

## **2.4 Perturbações do Comportamento Alimentar**

À medida que os clínicos e os investigadores procuraram entender a relação entre a obesidade e as perturbações mentais, também tentaram avaliar se a obesidade constitui ou não uma perturbação mental, ou seja, se existe algo patológico no comportamento alimentar dos indivíduos obesos (Dobrow et al., 2002). Diversos estudos e pesquisas mostraram que os indivíduos obesos comem mais e de acordo com as suas maiores dimensões corporais (Black et al., 1992a). No entanto, existe um subgrupo de indivíduos obesos que possuem padrões anormais de alimentação, os obesos com a perturbação de ingestão compulsiva (PIC). Os obesos com comportamentos compulsivos na alimentação podem constituir uma subcategoria na população obesa (Napolitano, Head, Babyak, & Blumenthal, 2001), diferenciando os pacientes obesos com características alimentares específicas (Zwaan, 1997).

A PIC, também conhecida por *Binge Eating Disorder* desde 1994, encontra-se sob profundas investigações e carece de melhor sistematização (Dias, 2008). A compulsão alimentar foi descrita pela primeira vez por Stunkard (1959), como uma forma patológica de

hiperfagia que ocorria em alguns pacientes obesos. Actualmente, encontra-se reconhecida pela APA (2002) no DSMIV-TR, no apêndice B, propostas de categorias diagnósticas que necessitam de estudo. Também tem sido referida na literatura como perturbação compulsão alimentar periódica, devido as suas características. Diferentes estudos já demonstram alguns sinais e critérios sugestivos de um diagnóstico. No entanto, ainda persistem incertezas quanto aos seus parâmetros diagnósticos, relativamente à caracterização da quantidade de alimentos ingeridos, duração de um episódio de comer compulsivo, ou mesmo do valor da perda de controlo sobre a ingestão alimentar, tornam difícil a homogeneização desta síndrome (Azevedo, Santos, Fonseca, 2004). Deste modo, os estudos epidemiológicos podem revelar diferentes dados de caracterização da população portadora desta perturbação. Infelizmente, percebe-se que há uma limitação nas pesquisas sobre a PIC, na sua maioria são realizadas entre indivíduos obesos que procuram tratamento em instituições especializadas, conhecendo-se pouco das características desta perturbação entre os indivíduos da população em geral (Johnsen, Gorin, Stone, Grange, 2003).

A PIC é caracterizada pela ingestão de grande quantidade de alimentos em curtos períodos de tempo (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controlo sobre o que comem ou a sua quantidade. Para caracterizar o diagnóstico, esses episódios devem ocorrer pelo menos durante dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características de perda de controlo e não acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso (APA, 2002; Azevedo et al., 2004; Spitzer, Yanovski, Wadden, Wing, Marcus, Stunkard et al., 1993), sendo o ritual alimentar acompanhado, na maioria destes pacientes, por reacções emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva (Lang, Hauser, Sclumpf, Klaghofer, & Buddeber, 2000), assim como por sentimentos de angústia subjectiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa (Azevedo et al., 2004). Os estudos demonstraram variabilidades consideráveis no comportamento alimentar de comedores compulsivos tanto durante os episódios de compulsão alimentar como nos intervalos (Azevedo et al., 2004). Kaplan e colaboradores (1997) descrevem comportamentos, como por exemplo, espalhar alimentos pela casa ou colocá-los em bolsos e mochilas, durante a refeição dispensarem a comida e, se necessário, escondem-na, cortam os alimentos em pedaços minúsculos e demoram muito tempo para terminar a refeição.

Apesar do diagnóstico de PIC não estar vinculado ao peso corporal, já que pode ocorrer também em indivíduos com peso normal (Azevedo et al., 2004), existe uma nítida associação entre o PIC e a obesidade (Coutinho, 1999), sendo bastante frequente entre os pacientes obesos (Coutinho, 2000; Grilo & Masheb, 2004; Siqueira, Appolinário & Sichieri,

2005), principalmente quando estão em tratamento para a redução do peso (Coutinho, 2006). A prevalência de PIC varia entre 2% a 3% na população em geral (Marchesini, Natale, Chierici, Manini, Besteghi, Di Domizio et al, 2002; Spitzer et al., 1993), nos pacientes que procuram tratamento clínico para emagrecer os valores encontrados variam entre os 5% e 30% (Cordás, 2001), valores estes que variam entre 27% a 50% nos pacientes que procuram tratamento cirúrgico para a obesidade (Adami, Gandolfo, Bauer & Scopinaro, 1995; Hsu et al., 1996; Saunders, Johnson & Teschner, 1998; Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, Schreiner, 1998; Souza, Oliveira & Motta, 2006; Wadden, Sarwer, Womble, Foster, McGuckin & Schimmel, 2001; Zwaan, 2001). Um estudo no Brasil de Petribu e colaboradores (2006), com 400 pacientes a aguardar cirurgia bariátrica verificou a existência de uma prevalência de 56.7% de PIC, dos quais 25.4% era moderada e 31.3 % grave. Estima-se a prevalência da PIC numa dimensão variada, em parte devido às diferentes definições de compulsão alimentar (Stunkard & Allison, 2003), assim como devido as diferentes metodologias utilizadas.

Existem evidências de que os pacientes com PIC possuem uma auto-estima mais baixa (Bonfà et al., 2010), preocupam-se mais com o peso e com a forma física (Zwaan, 1997), ingerem significativamente mais alimentos (Goldfein, Walsh, LaChaussée, Kissileff & Devlin, 1993), apresentam um início mais precoce de obesidade, maiores índices de obesidade, maior flutuação de peso, pior resposta aos regimes de tratamento e dispendem mais tempo com dietas (Azevedo et al., 2004; Dobrow, et al., 2002; Napolitano et al., 2001), do que outros indivíduos que também possuem excesso de peso sem terem a PIC. A própria restrição alimentar é propícia ao aparecimento da PIC (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002). Deste modo, as dietas alimentares constituem um factor precursor no desenvolvimento de uma perturbação alimentar (Morgan et al., 2002). No entanto, as dietas alimentares não são suficientes para desencadear uma PIC, sendo necessário a interacção entre factores de risco e outros acontecimentos precipitantes (Souza et al., 2006). Deste modo, a PIC apresenta uma etiologia multifactorial, composta por predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas (Morgan et al., 2002).

Os pacientes com PIC apresentam níveis mais elevados de psicopatologia comparativamente com outros obesos, não apenas a que está relacionada com o comportamento alimentar, mas também com outros sintomas psiquiátricos em geral (Azevedo et al., 2004; Coutinho, 2000; Napolitano et al., 2001; Telch & Agras, 1994). Os dados sugerem que os níveis de psicopatologia exibidos pelos pacientes com PIC estão associados

ao número de episódios de compulsão alimentar e não ao seu grau de obesidade (Dobrow et al., 2002; Hay & Fairburn, 1998).

Frequentemente a PIC encontra-se associada a depressão (Jones-Corneille, Wadden, Sarwer, Faulconbridge, Fabricatore, Stack et al., 2010) ansiedade e abuso de substâncias (Bulik, Sullivan & Kendler, 2002; Fontenelle, Mendlowicz, Menezes, Papelbaum, Freitas, Godoy-Matos et al., 2003; Napolitano et al., 2001). A frequência de PIC aparenta ser maior nos pacientes com alto grau de ansiedade como traço de personalidade (Matos & Zanella, 2002). Estudos mostram que existe uma associação positiva entre as perturbações da ansiedade e as perturbações alimentares, sendo que alguns sugerem que as perturbações da ansiedade precedem as perturbações alimentares (Matos & Zanella, 2002; Thornton & Russel, 1997). A PIC tem sido referida como um potencial factor de risco para a depressão e a obesidade (Friedman & Brownell, 1995; Simon et al., 2006). Assim como, os sintomas depressivos podem tornar os pacientes mais vulneráveis a apresentarem compulsão alimentar ou uma recidiva da compulsão alimentar após um tratamento para perda de peso (Sherwood, Jeffery, Wing, 1999; Wardle, Waller & Rapoport, 2001). As perturbações da personalidade são frequentes em pacientes com PIC (Specker, Zwaan, Raymond & Mitchell, 1994). Em pacientes com perturbações da personalidade, a impulsividade pode desencadear episódios PIC (Steiger, Lehoux & Gauvin, 1994). Deste modo os pacientes com perturbações de humor e perturbações da personalidade podem ter mais dificuldade em controlar o seu peso corporal (Sansone et al., 2001; Stunkard, Fernstrom, Price, Frank & Kupfer, 1990).

Apesar de menos frequente a bulimia nervosa (BN) também pode estar presente em pacientes propostos para a cirurgia bariátrica (Fandiño, Benchimol, Coutinho, Appolinário, 2004). Hsu e colaboradores (1996) realizaram um estudo de acompanhamento longitudinal, com uma amostra de 120 pacientes obesos mórbidos, constataram que no momento da avaliação para a cirurgia bariátrica 20.8 % apresentavam critérios para a BN.

## **2.5 Distorção da Imagem Corporal**

Vários estudos revelam que os aspectos socioculturais, assim como as motivações de cada indivíduo, parecem interferir no desenvolvimento da auto-imagem corporal e das perturbações a ela associadas (Sánchez-Villegas, Madrigal, Martínez-González, Kearney, Gibney, Irala, et al., 2001; Slade, 1994). Ao estudarmos a evolução histórica da figura feminina, observamos que a obesidade era apreciada e representada nas artes, ao contrário do

que se preconiza actualmente (Nozaki & Rossi, 2010). Hoje em dia, existe uma forte tendência sociocultural em considerar a magreza como uma situação ideal de aceitação, autocontrolo, competência e superioridade (Branco, Hilário & Cintra, 2002). A estereotipia em relação aos indivíduos obesos verifica-se na cultura ocidental, onde a pressão para ser magro é bastante intensa. Inevitavelmente, as reacções e atitudes da sociedade em relação à obesidade reflectem-se nas reacções e atitudes dos indivíduos obesos, que tendem a fazer auto-declarações depreciativas em relação a si próprios (Barlow, 1999; Schwartz & Brownell, 2004). Os nossos padrões culturais actuais fazem com que até mesmo indivíduos com peso dentro dos parâmetros considerados normais se sintam com peso superior ao desejado (Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004).

Existem evidências de que os meios de comunicação social promovem as perturbações da imagem corporal e as perturbações do comportamento alimentar (Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás, 2004). As pessoas obesas sentem-se pressionadas pelos meios de comunicação social para serem magras. Um estudo realizado por Becker, Burwel, Gilman, Herzog e Hamburg (2002) avaliou o impacto da exposição das adolescentes à televisão e consequentes atitudes e comportamentos alimentares. O estudo foi dividido em duas etapas, a primeira em 1995 e a segunda em 1998, já com três anos de exposição à televisão. Os resultados mostraram que os indicadores de perturbação alimentar foram significativamente mais elevados após 1998, demonstrando também maior interesse na perda de peso, sugerindo o impacto negativo dos meios de comunicação social. É cada vez maior a exigência de uma aparência física magra e de formas de emagrecimento em detrimento, muitas vezes, da saúde do indivíduo (Nozaki & Rossi, 2010). Actualmente, em Portugal assistimos a um novo programa televisivo sobre a forma de concurso para perder peso, “Peso Pesado - Ganha Quem Perde”, seguindo a tendência de outros países no qual este tipo de *reality show* tem tido sucesso. Este tipo de programas televisivos podem contribuir para que os obesos se sintam pressionados para serem mais magros e para aprenderem técnicas não saudáveis de controlo de peso, como por exemplo, exercícios físicos rigorosos e dietas drásticas, até podem por iniciativa própria induzir o vómito.

Estes factores sócio culturais afectam a percepção da imagem corporal, que pode ser definida, como a representação do nosso corpo na nossa mente (Schilder, 1994). Mataruna (2002) refere que a imagem corporal é a representação do próprio corpo formada e estruturada na mente do próprio indivíduo, ou seja, a maneira pela qual o corpo se apresenta para si próprio. Feldenkrais (1977) acredita que a imagem corporal se desenvolve desde o nascimento até a morte e nunca é estática, sofre modificações que implicam uma construção

contínua e reconstrução incessante, resultado do processamento de estímulos. De acordo com Damaceno, Lima, Vianna, Vianna e Novaes (2005) o processo de formação da imagem corporal pode sofrer influência do sexo, idade, meios de comunicação, bem como pela relação do corpo com os processos cognitivos, como crenças, valores e atitudes inseridos na cultura. Segundo Thompson (1996), o conceito de imagem corporal envolve três componentes: perceptiva, que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso; subjectiva, que envolve aspectos como a satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada e comportamental, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal.

Existem estudos apontam que alguns indivíduos com excesso de peso ou obesos para além de não apreciarem os seus corpos, distorcem as suas percepções sobre eles (Sarwer, Wadden & Fabricatore, 2005; Simões & Meneses, 2007), em particular os obesos mórbidos (Franques & Arenales-Loli, 2006), configurando-se num distúrbio da imagem corporal (DIC). A DIC pode ser definida como uma forma de perturbação psicoafectiva, comportamental ou perceptiva que é influenciada directamente ou indirectamente por aspectos da sua aparência (Ivarsson, Svalander, Litlere & Nevonon, 2006). A DIC nos obesos pode ser descrita como a preocupação exagerada com excesso de peso, experimenta-se grande insatisfação com o corpo, bem como com as emoções e reacções negativas sobre o mesmo (Nozaki & Rossi, 2010). Frequentemente origina a exclusão de qualquer outra característica pessoal, incapacidade em perceber adequadamente o tamanho do seu corpo (Franques & Arenales-Loli, 2006), no qual pode resultar numa avaliação do corpo como sendo grotesco, e até repugnante, com a conseqüente sensação de que as outras pessoas só podem olhar para ele com horror ou desprezo (Stunkard & Mendelson, 1962, cit in Segal et al., 2002). Alguns autores acreditam que a DIC se desenvolve desde idades muito precoces, sobretudo na adolescência, influenciada por uma internalização de censura dos pais e dos pares, persistindo através de uma contínua desvalorização (Caetano et al., 2005; Thompson, 1996).

Segundo Segal e colaboradores (2002), os adultos obesos têm uma probabilidade três vezes maior do que a população geral de super estimar o seu tamanho, especialmente se foram crianças obesas. Souza e colaboradores (2006) referem que existe uma maior preocupação com a imagem corporal nos obesos em tratamento, quando comparados com os obesos fora de tratamento, ainda que não seja claro se é a maior preocupação com o peso e a forma do corpo entre obesos em tratamento que é a causa ou o efeito da procura desse tratamento. Schwartz e Brownell (2004) referem que as mulheres, para além de apresentarem maior probabilidade de

desenvolver obesidade e riscos para a saúde, são também mais vulneráveis a desenvolverem uma insatisfação com o corpo, uma vez que elas são mais preocupadas com a imagem corporal do que os homens e, por isso mesmo, são elas que mais procuram tratamento.

A revisão da literatura mostra que a imagem corporal não tem sido investigada de forma significativa nos pacientes propostos para a cirurgia bariátrica, mas observa-se que, na prática, existe um movimento no sentido de acrescentar a sua melhoria como objectivo no tratamento. Isto deve-se tanto às vantagens inerentes em se obter uma imagem corporal mais adequada quanto ao facto de haver melhorias nos níveis de adesão terapêutica global (Segal et al., 2002). Matos e Zanela (2002) verificaram uma preocupação com a imagem corporal em 76% dos pacientes seleccionados para a cirurgia bariátrica. Stunkard e Wadden (1992) descrevem um grupo de pessoas obesas com distorções da imagem corporal. Apresentavam a crença de que o seu próprio corpo é grotesco e repugnante e que os outros os vêem de forma diferente, com hostilidade e sentimentos de desaprovação. Segundo estes autores, os sentimentos podiam tomar tais proporções exageradas que as características pessoais positivas, como por exemplo, a inteligência e a simpatia eram menosprezadas. A insatisfação e/ou distorção da imagem corporal parece estar presente em muitos quadros psiquiátricos, mas é nas perturbações alimentares que se observa uma relevância no seu prognóstico e no seu papel sintomatológico (Saikali et al., 2004). A preocupação com a forma corporal parece contribuir para a manutenção das perturbações alimentares (Azevedo et al., 2004).

## **2.6 Personalidade e Perturbações da Personalidade em Obesos**

As definições de personalidade são numerosas e diversificadas assistindo-se desde Allport a uma heterogeneidade de constructos (Rebello & Leal, 2007). Para McCrae, John e Costa (1992) a personalidade é definida como um sistema composto por traços e processos dinâmicos que influenciam o funcionamento psicológico de um sujeito. Personalidade pode ser considerada como uma configuração relativa de diversos traços individuais (O'Neil & Jarrel, 1992), assumindo uma estrutura estável, que influencia o modo como o indivíduo reage perante acontecimentos de vida, e que tendem a ser consistentes ao longo do tempo (Patrão & Leal, 2004). O conceito de traço é definido como uma dimensão das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e acções (McCrae et al., 1992). Por definição, variáveis de personalidade são características estáveis, mesmo quando interagem com acontecimentos de vida, estas não se irão alterar em

grande medida (Larsen, Geenen, Maas, Wit, Antwerpen, Brand & Ramshorst, 2004). Deste modo, estudar a personalidade implica estudar o sujeito como um todo assim como aquilo que o torna único e o distingue do outro (Botelho, 1999; Patrão & Leal, 2004). Uma consideração importante na avaliação da personalidade e da psicopatologia é a distinção entre traços de personalidade e estado actual. Avaliações de personalidade são destinadas a encontrar características persistentes que existem independentemente de qualquer curso mental temporário, mas a distinção entre os dois por vezes é difícil (Chan, Napolitano & Foster, 2009).

A personalidade assume um papel importante na obesidade (Grana, Coolidge & Merwin, 1989), influencia comportamentos e estilos de vida. Assim, certos traços de personalidade podem contribuir para a obesidade e para a resposta à terapia comportamental baseada na perda de peso (Sullivan, Cloninger, Przybeck & Klein, 2007). No entanto, um pequeno corpo de literatura tem sido acumulado de análises da personalidade e diferenças de carácter entre os indivíduos obesos e indivíduos com peso normal, das poucas investigações existentes os resultados têm sido muitas vezes conflituosos entre os estudos que demonstram diferenças (Mather et al., 2008). Algumas pesquisas revelam que existem diferenças entre esses indivíduos (Rydén et al., 2003b; Rydén, Sullivan, Torgerson, Karlsson, Lindroos & Taft, 2004; Sullivan et al., 2007). Em estudos comparativos com a população em geral, a investigação sobre a personalidade tem mostrado algumas características que distinguem os obesos mórbidos como apresentando mais dependência, imaturidade afectiva e afecto negativo (Rydén & Danielsson, 1983), ansiedade, impulsividade, irritabilidade, evitamento da monotonia (Rydén et al., 2004), procura de novidades, pouca persistência, pouco auto-direccionamento (Sullivan et al., 2007). Por outro lado, existem outros autores que referem que a população obesa não apresenta mais alterações psicológicas que a população com peso normal (Moore-Striegel & Rodin, 1986 cit in Stunkard & Wadden, 1992; Wadden & Stunkard, 1985).

Um estudo de Rydén e colaboradores (2004) teve como o objectivo principal examinar diferenças de traços de personalidade nos indivíduos obesos mórbidos tratados convencionalmente, cirurgicamente e o grupo de controlo com peso normal, durante dois anos. Os traços de personalidade foram avaliados com sete das 15 escalas do *Karolinska Scales of Personality*: ansiedade somática, tensão muscular, psicastenia, ansiedade psíquica, evitamento da monotonia, impulsividade e irritabilidade. Um total de 1.380 candidatos à cirurgia, 1.241 pacientes tratados convencionalmente e 1.135 representando a população em geral. Os dados foram recolhidos duas vezes (antes e após o tratamento). No início do

estudo os obesos apresentavam mais ansiedade, impulsividade, irritabilidade e menos evitamento da monotonia do que grupo de controlo, e os pacientes submetidos a cirurgia mais do que os submetidos ao tratamento convencional. No seguimento, verificou-se que a propensão para a ansiedade diminuiu e aumentou o evitamento da monotonia com a perda de peso. No tratamento convencional, o peso em média manteve-se estável. Apenas uma pequena diminuição foi observada em relação à ansiedade somática. O grupo de cirurgia perdeu 28 kg em média, as diferenças entre o tratamento cirúrgico e o grupo de referência diminuíram em todas as escalas, excepto na impulsividade, que permaneceu inalterada. A melhoria mais significativa foi em relação à psicastenia. A redução de peso mantida por dois anos foi associada com alterações em praticamente todos os traços de personalidade em proporção com a magnitude da perda de peso. Em particular, a psicastenia parecia estar atenuada, por outro lado, não foram observadas diferenças quanto à impulsividade.

Um estudo de Sullivan e colaboradores (2007) teve o objectivo de verificar a existência de diferenças nas características de personalidade entre as pessoas magras e obesas na comunidade, entre pessoas obesas na comunidade e obesos que procuram tratamento para a perda de peso através de um programa completo de emagrecimento e, finalmente, em pessoas obesas que foram bem ou mal sucedidas na realização da terapia comportamental para a perda de peso. O *Temperament and Character Inventory* foi administrado a 264 pessoas com um IMC inferior a 25, a 56 obesos com IMC igual ou superior a 35, assim como, a 183 pacientes obesos com um IMC igual ou superior a 44, que participaram num programa de 22 semanas para emagrecimento. Em comparação com indivíduos magros, obesos na comunidade pontuaram mais na procura de novidades e menor na persistência e auto-direccionamento. Os obesos inscritos no programa de emagrecimento obterem uma pontuação superior na dependência de premiação e cooperatividade em comparação com os obesos na população em geral. Pacientes que obtiveram sucesso na perda de peso (perda de peso superior a 10%) após 22 semanas de terapia comportamental pontuaram menos na procura de novidades do que aqueles que não tiveram sucesso em perder peso. Estes resultados sugerem que os traços de personalidade são diferentes entre as pessoas magras e obesas, e entre as pessoas obesas que se inscrevem ou não em programas para a perda de peso. Além disso, altas pontuações na procura de novidades estão associadas ao insucesso na realização da terapia comportamental.

Um estudo de Faith, Flint, Fairburn, Goodwin e Allison (2001) procurou encontrar diferenças de personalidade entre homens e mulheres. Testaram a associação do IMC com neuroticismo, extroversão e psicoticismo, numa amostra britânica com um total de 7.889

participantes (30-50 anos). Os participantes relataram a sua altura e peso, e completaram o *Eysenck Personality Inventory*. Entre as mulheres, o aumento do IMC foi significativamente associada com um aumento do neuroticismo e diminuição da extroversão. Nos homens, o aumento do IMC foi associado com o aumento da extroversão e psicoticismo. Em todos os casos, a magnitude da associação foi muito pequena. Por outro lado, noutro estudo, Kakizaki, Kuriyama, Sato, Shimazu, Matsuda-Ohmori e colaboradores (2008) numa amostra de 30.722 participantes de 1990, no Japão, também utilizando uma versão do *Eysenck Personality Questionnaire*, verificaram que tanto em homens como em mulheres, a extroversão e o psicoticismo tiveram uma associação positiva com o excesso de peso, enquanto o neuroticismo teve uma associação inversa. Devido às vastas e bem conhecidas diferenças culturais, estes resultados não se podem generalizar. Deste modo, têm sido relatados resultados inconsistentes em relação ao psicoticismo, extroversão e neuroticismo na população com obesidade (Mather et al., 2008).

Para além dos estudos comparativos, outros estudos referem algumas características de personalidade associadas à obesidade. Campos (1993) identificou as seguintes características psicológicas em adultos obesos por hiperfagia: passividade e submissão, preocupação excessiva com a comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceite ou amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa.

O *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) tem sido amplamente utilizado nos últimos anos em estudos psicológicos de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Bocchieri et al., 2002; Chan et al., 2009). Um estudo de Bardaro, Patterson, Jan, July, Poole, Ude e colaboradores (2006) analisou com o MMPI-2 entre 2000 e 2005, 644 pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. A amplitude das escalas de validade e das clínicas variou entre 45-65. Foram obtidas as seguintes pontuações: mentira 53.1, validade 52.6 e correcção 55.6, ou seja, um perfil válido. As escalas clínicas apresentaram as seguintes frequências: hipocondria 66.4, depressão 61.2, histeria 65.6, psicopatia 57.6, masculinidade-feminilidade 48.9, paranóia 52.3, psicastenia 57.6, esquizofrenia 55.8, hipomania 49.1 e introversão social 51.9. Apesar da discreta elevação nas escalas de hipocondria e de histeria, estes dados sugerem que os pacientes com obesidade mórbida apresentam um perfil psicológico que se correlaciona com a população em geral. Esta investigação vai ao encontro de outras anteriores que referem que não se verificam diferenças nas escalas do MMPI em obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica em comparação com a população em geral

(Chelune, Ortega, Linton & Boustany, 1986; Wadden & Stunkard, 1985; Webb, Morey, Castelnuovo-Tedesco & Scott, 1990). Alguns estudos isolados descobriram diferenças nalgumas escalas, mas a replicação tem sido escassa ou inexistente (O`Neil & Jarrel, 1992).

As comparações de perfis de grupo MMPI de pessoas obesas seleccionadas para a cirurgia bariátrica têm encontrado principalmente variações *within-group* (Blankmeyer, Smylie, Price, Costello, McFee & Fuller, 1990). Diversos perfis são representados dentro da população com obesidade. Os candidatos a cirurgia bariátrica aparentam ser uma população heterogénea no que diz respeito ao tipo de personalidade e traços, quando avaliados com o MMPI (O`Neil & Jarrel, 1992). Tem sido encontrada com alguma frequência elevação nas escalas de humor e elevações clinicamente significativas em qualquer uma das escalas do MMPI (Bull, Engels, Engelman & Bloom, 1983; Leon, Eckert & Teed, 1979; Maddi et al., 1997; Wampler, Lauer, Lantz, 1980). Leon e colaboradores (1979) verificam valores baixos na escala de depressão e Wampler e colaboradores (1980) encontraram valores baixos nas escalas de depressão e histeria. A revisão da literatura aponta que obesos mórbidos que procuram a cirurgia parecem não ter níveis elevados de psicopatologia ou não são detectados por medidas de psicopatologia grave, como o MMPI, destinadas a identificar problemas clinicamente graves de saúde mental (Bocchieri et al., 2002).

As perturbações da personalidade surpreendentemente raramente têm sido investigadas na população obesa (Mather et al., 2008), considerando que a obesidade é provavelmente o resultado de mecanismos de longa duração (Simon et al, 2006), nos quais alguns traços de personalidade podem estar envolvidos (Mather et al, 2008), assim como as perturbações da personalidade (Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2006). Os poucos trabalhos existentes sobre perturbações da personalidade sugerem uma relação positiva com o excesso de peso e com a obesidade (Mather et al, 2008; Rosmond, Baghei, Holm & Björntorp, 2001; Rosmond, Eriksson, & Björntorp, 1999), nos quais frequentemente existe uma comorbilidade com perturbações do Eixo I (Grant, Stinson, Dawson, Chou & Ruan, 2004). Estudos transversais demonstraram que a obesidade está associada principalmente com perturbações da personalidade, paranóide, dependente, esquizóide, estado-limite, obsessivo-compulsiva, anti-social e evitante (Mather et al., 2008). Os obesos mórbidos apresentam ainda maior probabilidade de perturbações da personalidade em geral (Black, Goldstein & Mason, 1992b; Lezenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007; Mather et al., 2008). Em estudos recentes, utilizando critérios do DSMIV, as perturbações da personalidade são encontradas com frequência nos pacientes propostos para a cirurgia bariátrica, a sua prevalência varia entre 19.5% a 29% (Kalarchian, Marcus, Levine, Courcoulas, Pilkonis, Ringham et al., 2007;

Mauri, Rucci, Calderone, Santini, Oppo, Romano, 2008). Nos obesos mórbidos parece existir uma maior associação com as perturbações de personalidade dependente (Godt, 2002), anti-social (Mather et al., 2008) e evitante (Godt, 2002; Mauri et al., 2008; Mather et al., 2008) e obsessivo-compulsiva (Ferreira, Santos, Pegacho & Carvalho, 2010; Mauri et al., 2008).

Um estudo realizado em Portugal por Ferreira e colaboradores (2010) verificou que numa amostra de 162 pacientes propostos para a cirurgia bariática, 77% apresentavam um perfil psicopatológico válido, segundo os critérios do Inventário Clínico Multiaxial Millon III (MCMIII-III). Constataram que as perturbações da personalidade mais prevalentes foram a: compulsiva (37.1%), histriónica (30.6%), e narcísica (20.2%). Das perturbações psiquiátricas do eixo I destacam-se: ansiedade (38.7%), perturbação delirante (19.4%), e as perturbações somatoforme, bipolar e distímica (todas com 12.5%). Entre os candidatos a cirurgia bariática, 79.8% apresentaram uma tendência para desvalorizar ou sub-relatar a sintomatologia e 5.6% apresentavam uma tendência para uma auto-depreciação. Os pacientes com mais anos de exposição ao excesso de peso/obesidade obtiveram pontuações mais elevadas nas escalas de personalidade esquizóide e compulsiva, bem como na escala de perturbação somatoforme. Foi também encontrada uma correlação positiva significativa entre o tempo de exposição ao excesso de peso/obesidade e a personalidade esquizóide e a perturbação delirante. A interpretação e generalização destes resultados devem ser objecto de cautela, na medida em que não são conhecidas as propriedades psicométricas da versão portuguesa deste instrumento.

Os padrões de associações variam significativamente por sexo. Os homens com excesso de peso geralmente possuem menor probabilidade de apresentarem uma perturbação da personalidade. Por outro lado, as mulheres com excesso de peso e obesas são mais propensas a demonstrar alguma perturbação da personalidade (Mather et al., 2008). Com o aumento de peso verifica-se um aumento da probabilidade de perturbações da personalidade nas mulheres, nos homens ocorre o inverso (Mather et al., 2008). Mais especificamente, nas mulheres obesas mórbidas são encontradas altas probabilidades de perturbações de personalidade evitante e anti-social, nos homens não se verifica esta tendência (Pickering et al., 2007). Tem sido demonstrado que os homens com excesso de peso parecem proteger-se mais dos efeitos emocionais negativos da obesidade que as mulheres (Mather et al., 2008). Muitas das vezes eles não se identificam como obesos, mesmo quando se encontram critérios objectivos para a classificação como tal. Por outro lado, existe uma maior propensão das mulheres a interiorizar e a denegrir-se devido à obesidade (Grover, Keel, Mitchell, 2003).

Na revisão da literatura verificaram-se diversas limitações no estudo da relação entre a obesidade e a personalidade. As amostras utilizadas nas pesquisas até o momento no que diz respeito à obesidade e excesso peso são largamente insuficientes para permitir a generalização dos resultados (Mather et al., 2008). Por exemplo, muitos dos utentes das amostras utilizadas nas investigações foram à procura de tratamento ou têm incluído os grupos de comparação não ideais. São raros os estudos sobre excesso de peso ou obesidade e as perturbações da personalidade a usarem amostras da população em geral. Os resultados são pouco claros a referir se as perturbações da personalidade têm uma única associação com o excesso de peso e obesidade, após ajuste para os efeitos de outras condições de saúde física e mental. Estas limitações sugerem que deve ser realizada mais pesquisa nesta área, o que poderá permitir acrescentar informações valiosas para a compreensão de como a obesidade se reflecte na personalidade.

Existem diversos estudos a investigar a possível existência de uma maior prevalência de doença psiquiátrica em obesos seleccionados para à cirurgia bariátrica comparativamente à população geral. Apesar de não existe consenso na comunidade científica em relação a este assunto, os estudos sobre as características psicológicas desta população referem como alterações mais frequentes às do tipo depressivo, logo a seguir encontram-se as do tipo ansioso (Black et al., 1992a; Glinski et al., 2001). As perturbações da ansiedade, depressão, as perturbações alimentares e alterações da imagem corporal parecem estar relacionadas entre si. Verifica-se uma alta prevalência de associação entre sintomas de ansiedade, depressão, PIC e de grau elevado de preocupação com a imagem corporal, em pacientes com obesidade grave (Matos & Zanella, 2002). As características da personalidade têm sido pouco exploradas na população obesa (Mather et al., 2008). Os poucos trabalhos existentes sobre perturbações da personalidade sugerem uma relação positiva com a obesidade (Mather et al, 2008; Rosmond et al., 1999; Rosmond et al., 2001). No qual frequentemente existe uma comorbilidade com perturbações do Eixo I (Grant et al., 2004). Os obesos mórbidos apresentam ainda maiores probabilidades de perturbações da personalidade em geral (Black et al., 1992b; Lezenweger et al., 2007; Mather et al., 2008). Nos obesos mórbidos, principalmente nas mulheres, parece existir uma maior associação com as perturbações da personalidade anti-social (Mather et al., 2008) e evitante (Mauri et al., 2008; Mather et al., 2008). Aspectos como auto-conceito e estratégias de *coping* nos obesos parecem assumir um papel importante no desenvolvimento e manutenção de psicopatologia (Lerdal et al., 2011; Serra & Pocinho, 2001), no qual merecerá a nossa maior atenção no próximo capítulo.

## **CAPÍTULO III – AUTO-CONCEITO E ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM OBESOS**

Além dos aspectos psicopatológicos, outras características psicológicas estruturais dos obesos precisam de ser investigadas, entre estas, o auto-conceito e estratégias de *coping*. A compreensão de como os indivíduos obesos se avaliam e se ajustam a obstáculos pode ser útil para encontrar mecanismos que explicam a heterogeneidade desta população em relação ao seu bem-estar psicológico (Backnang, 2008). O auto-conceito e estratégias de *coping* estão fortemente relacionados com a saúde mental em pessoas obesas (Lerdal et al., 2011). Serra e Pocinho (2001) sugerem que um bom auto-conceito e estratégias de *coping* adequadas são preditores de uma boa saúde mental. Assim, revela-se de primordial importância estudar o auto-conceito e as estratégias de *coping* nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica. Neste capítulo explora-se o preconceito em relação aos obesos, o auto-conceito e as estratégias de *coping*.

### **3.1 Preconceito em Relação aos Obesos**

Partindo do pressuposto que preconceito é uma ideia e a discriminação é uma ideia colocada em prática, verifica-se que no mundo social existe uma realidade de preconceito e discriminação contra as pessoas obesas em vários domínios da vida (Puhl & Heuer, 2010), que influencia o funcionamento psicológico do indivíduo obeso (Simões & Meneses, 2007). Os indivíduos obesos frequentemente são alvo de discriminação, que tem sido documentada em diversas áreas, como em instituições educativas, locais de trabalho, unidades de saúde, meios de comunicação e até mesmo nas relações interpessoais (Puhl & Heuer, 2009; Puhl & Heuer, 2010), entre outras. Estimativas recentes sugerem que a prevalência da discriminação em relação ao peso aumentou 66% na última década nos EUA (Andreyeva, Puhl & Brownell, 2008). Actualmente é comparável com as taxas de prevalência de discriminação racial nos EUA (Puhl, Andreyeva & Brownell, 2008). Como muitas pessoas estão com excesso de peso ou são obesas, a discriminação também ameaça a saúde pública e agrava as disparidades de saúde (Puhl & Heuer, 2010).

Talvez porque o estigma de peso continua a ser uma forma socialmente aceitável de preconceito (Puhl & Heuer, 2010), a crença de que peso pode ser controlado e que a obesidade é uma manifestação de défices de personalidade parece conceder ao público em

geral permissão para ser abertamente desagradável com os que são considerados obesos (Lampert, 1993). Estudos apontam que as pessoas com excesso de peso ou obesas são vistas de forma negativa em aspectos como a inteligência (Harris & Smith, 1983; Miller, Rothblum, Brand, Barbour & Felício, 1990), sucesso (Miller et al., 1990), considerados impulsivos, com falta de vontade, motivação, controlo pessoal, falta de auto-disciplina, preguiçosos (Crandall, D'Anello, Sakalli, Lazarus, Nejtardt & Feather, 2001; Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2010; Teachman, Gapinski & Brownell, 2001), com menos amigos, solitários, mesquinhos (Harris & Smith, 1983) e socialmente evitados (Rafferty & Griffin, 2006). Até mesmo especialistas em cuidados de saúde têm uma imagem negativa em relação às pessoas obesas em tratamento (Teachman & Brownell, 2001), entre eles, médicos (Teachman & Brownell, 2001), enfermeiros (Maroney & Golub, 1992) e profissionais de saúde mental (Young & Powell, 1985). Estas formas de preconceito raramente são desafiadas na sociedade e as suas implicações na saúde pública tem sido basicamente ignoradas (Puhl & Heuer, 2010). Em vez disso, prevalece na sociedade colocar o culpa nos indivíduos obesos pelo seu excesso de peso, no qual existe a percepção comum de que a estigmatização do peso é justificável e talvez seja necessária, porque os indivíduos obesos são pessoalmente responsáveis pelo seu peso (Kim & Willis, 2007; Puhl & Brownell, 2003) e que o estigma pode até servir como uma ferramenta útil para motivar as pessoas obesas a adoptar comportamentos de vida saudável (Crister, 2004; Hebl & Heatherton, 1998).

Os indivíduos obesos estão sujeitos a intensa discriminação e preconceito, que muitas vezes tem o seu início na infância (Cramer & Steinwert, 1998; Morais, 2010) e que se prolonga pela adolescência (Neumark-Sztainer, Story & Faibisch, 1998), até à idade adulta (Puhl & Brownell, 2003). Num estudo de Staffieri (1967), em que era pedido a crianças, em idade escolar, para caracterizarem a personalidade de um indivíduo obeso, representado através de uma imagem, estas retratavam-no como sendo, agressivo, submisso, preguiçoso, sujo, estúpido, feio, batoteiro e mentiroso. Maddox, Back e Liederman (1968) apresentaram uma imagem de uma criança obesa e de crianças com deficiências físicas como a falta de uma mão ou com a cara desfigurada, tanto adultos como crianças apontavam o obeso como sendo o menos simpático. Os próprios pais muitas das vezes discriminam os próprios filhos obesos (Crandall, 1995), assim como os professores (Neumark-Sztainer, Story & Harris, 1999).

Desigualdades e tratamento injusto resultantes da discriminação do peso são especialmente evidentes em contextos de trabalho (Puhl, Heuer & Sarda, 2010; Roehling, 1999). Por vezes são rejeitados em candidaturas a emprego (Paul & Townsend, 1995; Rudolph, Wells, Weller & Baltes, 2009), para certas funções de trabalho (Rudolph et al.,

2009), apresentam salários inferiores (Baum & Ford, 2004; Maranto & Stenoien, 2000) e frequentemente são discriminados no seu local de trabalho (Puhl & Brownell, 2006; Rafferty & Griffin, 2006; Rudolph et al., 2009). Pesquisa experimental recente demonstra que, em comparação com as mulheres magras, as mulheres obesas com qualificações idênticas são menos prováveis de serem seleccionadas para cargos de chefia e são oferecidos salários iniciais inferiores (O'Brien, Halberstadt, Hunter & Anderson, 2008). Uma pesquisa de Carr e Friedman (2007) numa amostra representativa dos EUA (3.437) constatou que 26% das pessoas obesas e 31% das pessoas muito obesas relataram discriminação no local de trabalho, que atribuem ao seu peso e aparência. Paul e Townsend (1995) referem que o aumento dos custos dos seguros de saúde chamou a atenção do empregador sobre os factores relacionados com a saúde nos processos de recrutamento e retenção dos empregados. Um desses factores é o peso. Os empregadores têm argumentado que os funcionários com excesso de peso apresentam mais absentismo, são mais susceptíveis a lesões no trabalho e menos produtivos. Eles também alegaram que os funcionários com excesso de peso são péssimos modelos e que podem provocar "reações negativas" nos outros. Assim, estudos sobre a discriminação revelam que os indivíduos com excesso de peso e obesidade apresentam queixa nas autoridades por discriminação com frequência nos EUA (Roehling, Roehling & Pichler, 2007). Em Portugal não existem dados sobre esta situação.

Os meios de comunicação social parecem também contribuir para o preconceito relacionado com a obesidade (Puhl & Heuer, 2010). A visão de que a obesidade é uma questão de responsabilidade pessoal é a mensagem que predomina nos meios de comunicação social (Boero, 2007; Bonfiglioli, Smith, King, Chapman & Holding, 2007; Kim & Willis, 2007; Rich & Evans, 2005). As notícias sobre as causas pessoais e soluções para a obesidade superam significativamente outras atribuições de responsabilidade social (Kim & Willis, 2007). Os meios de comunicação social também comunicam mensagens anti-gordura e reforçam a percepção de que o peso corporal está dentro do controlo pessoal (Geier, Schwartz & Brownell, 2003; Himes & Thompson, 2007). Assim, a difusão da "responsabilidade pessoal" desempenha um papel fundamental na estigmatização, e serve para justificar o estigma como uma resposta socialmente aceitável (Crandall et al., 2001; Puhl & Schwartz, 2003).

A televisão, em particular, pode perpetuar estereótipos negativos das pessoas obesas devido à idealização de personagens magras (Jain & Tirodkar, 2001; Kaufman, 1980). Um estudo de Greenberg, Eastin, Hofshire, Lachlan e Brownell (2003) analisou a distribuição e características individuais dos tipos de corpos na televisão em horário nobre, em cinco

episódios de cada um dos dez programas de ficção mais populares, em seis canais durante a temporada de 1999-2000. De 1.018 personagens principais da televisão, 14% das mulheres e 24% dos homens estavam acima do peso ou eram obesos, menos de metade das percentagens na população em geral. Mulheres com excesso de peso tinham menos probabilidade de serem consideradas atraentes, interagir com parceiros românticos, ou para mostrar afeição física. Homens com excesso de peso ou obesos eram menos propensos a interagir com parceiros românticos e amigos ou para falar de namoro e estavam mais propensos a ser mostrados a comer.

Os obesos em geral referem situações de discriminação (Puhl & Heuer, 2010), no entanto em pacientes obesos mórbidos parece ser mais evidente (Rand & MacGregor, 1990). Um estudo de Rand e MacGregor (1990) em pacientes que aguardavam a cirurgia bariátrica constatou que os pacientes com obesidade mórbida relataram vários tipos de encontros estigmatizantes. Por exemplo, 91% disseram que as pessoas no trabalho tinha uma atitude negativa sobre eles por causa do seu peso, enquanto 87% sentiram que o seu peso havia afectado a decisão de potenciais empregadores para contratá-los. Além disso, 84% disseram que não gostam de ser vistos em público, e 81% disseram que evitavam restaurantes de *fast food*, com o objectivo de evitar o estigma. Os autores demonstraram uma diminuição dramática no número de situações de estigmatização relatadas por esses pacientes depois de eles perderam peso após a cirurgia.

Estes estereótipos preconceituosos e a descriminação contra pessoas com excesso de peso podem gerar problemas psicológicos e dificuldades variadas nas relações sociais, que por sua vez, podem complicar ainda mais o funcionamento adaptativo desse segmento da população (Correia, Prette & Prette, 2004). O preconceito em relação ao peso tem um preço significativo na saúde física e emocional para aqueles que são afectados, aumentando a vulnerabilidade à depressão, baixa auto-estima, imagem corporal, comportamentos suicidas, padrões alimentares pouco saudáveis, perturbações alimentares e limitação de actividades físicas (Puhl & Heuer, 2009; Puhl & Latner, 2007; Vartanian & Shaprow, 2008), com implicações directas no auto-conceito e nas estratégias de *coping* (Cavalcante, 2009).

### **3.2 Explorando o Auto-conceito**

O trabalho de investigação e compreensão da natureza do auto-conceito tem sido dificultado pela complexidade intrínseca e a natureza multidimensional do constructo (Marsh,

1990; Mercer, 2011). O uso do constructo, muitas das vezes varia em função do tipo de abordagem, quer seja, sociológica, antropológica e da perspectiva psicológica adoptada (Mercer, 2011). Assiste-se a problemas de sobreposição e terminologia inter-relacionada (Boekaerts, 1991; Eccles, Wigfield, Harold & Blumenfeld, 1993; Silverthorn, DuBois, Crombie, 2005), bem como a diferentes conceptualizações sobre a definição do conceito (Bong & Clark, 1999; Marsh, Barnes & Hocevar, 1985; Melo, 2008). A pesquisa sobre o auto-conceito é emocionante, mas também frustrante e difícil para quem deseja obter uma imagem significativa do que é o auto-conceito, dado que há um grande desacordo sobre como definir o auto-conceito e estudar o seu desenvolvimento.

Geralmente os pesquisadores beneficiam de definições claras, como tal, há uma necessidade da investigação ser precisa quanto ao uso e compreensão do auto-conceito. O auto-conceito consiste nas crenças que cada indivíduo tem sobre si (Mercer, 2011; Marsh & Shavelson, 1985; Serra, 1986b). Pode ser definido, de uma forma geral, como na percepção que cada pessoa tem de si mesmo, formada a partir das experiências e relações com o seu meio ambiente, bem como com outros significativos (Marsh & Shavelson, 1985; Serra, 1986b). Coetzee (2011) acrescenta que é uma entidade psicológica que inclui sentimentos, avaliações e atitudes, bem como categorias descritivas. O auto-conceito global pode ser considerado como uma avaliação global da pessoa, da sua aparência, *background* e origem, habilidades e recursos, atitudes e sentimentos, que culminam como uma força que dirige o comportamento (Labenne, Greene & Baadjies 2008 cit in Coetzee, 2011). Deste modo, o auto-conceito apresenta uma componente cognitiva, afectiva/avaliativa e comportamental (Bong & Clark 1999; Bong & Skaalvik, 2003; Campbell, Trapnell, Heine, Katz, Lavalle & Lehman, 1996; Markus & Wurf, 1987). Aparenta ser multifacetado e organizado de uma forma hierárquica do mais específico para o mais global, do mesmo modo do mais instável para o mais estável (Harter, 1999; Marsh & Hattie, 1996; Mercer, 2011; Serra, 1986b). Pode ainda ser feita a distinção entre auto-conceito real e auto-conceito ideal (Melo, 2008; Serra, 1986a).

Podemos afirmar que as percepções acerca de si próprio, ou seja, o auto-conhecimento, se constroem a partir da influência das experiências de vida em vários contextos (Markus & Wurf, 1987; Marsh & Shavelson, 1985; Serra, 1986b). Segundo Serra e Pocinho (2001), existem quatro tipos de influências que determinam o desenvolvimento do auto-conceito. O modo como o seu comportamento é julgado pelas pessoas significativas do meio ambiente. O *feedback* que guarda do seu próprio desempenho. A comparação que faz entre o seu comportamento e o daqueles que considera os seus pares sociais. O julgamento

que estabelece ao seu próprio comportamento tendo em conta as regras estabelecidas por um determinado grupo normativo, de natureza religiosa ou política, ao qual se encontra vinculado. Assim, o modo como uma pessoa se percebe e se avalia pode determinar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e o modo como subsequentemente se percebe (Melo, 2008).

As pessoas tendem a ver-se da forma como os outros a olham (Serra & Pocinho, 2001), que fornecem pistas ao indivíduo quanto às suas características (Cataneo et al., 2005). O auto-conceito resulta das interpretações que os indivíduos fazem dessas experiências e dos reforços e avaliações que os outros significativos fazem dos seus comportamentos (Faria, 2005; Marsh & Hattie, 1996; Serra, 1986b). Assim como, as atribuições ou explicações causais que os outros e o próprio elaboram para os mais variados comportamentos (Faria, 2005) e de atributos que recebem valorização cultural positiva ou negativa (Carvalho Cataneo, Galindo & Malfará, 2005). Resulta muitas das vezes de experiências em que as suas capacidades e competências são testadas e também de contextos sociais que avaliam não só as capacidades e competências mas também os indivíduos como um todo (Bandura, 1997; Carvalho et al., 2005). Tem sido demonstrado que um maior auto-conceito pode ser o resultado de uma série de processos psicológicos tais como, percepção de capacidade (MacNair & Elliott, 1992; Marsh, 1987) e percepção do apoio oferecido à autonomia (Reeve, 2002 cit in Hagger, Biddle & Wang, 2005). Estas experiências resultam em auto-avaliações, que fazem parte do processo adaptativo das pessoas (Cataneo et al., 2005). A auto-avaliação é um fenómeno pessoal que ajuda o indivíduo a dirigir o seu comportamento (Mercer, 2011). As pessoas carregam consigo um auto-conceito positivo ou negativo e actuam em função dele (Cataneo et al., 2005).

As auto-avaliações resultam em sentimentos associados à própria percepção de competência e capacidade (Mercer, 2011; Pajares & Miller, 1994). As auto-avaliações de competência dos indivíduos parecem estar mais relacionadas com a forma como interpretam a realização, do que com a realização objectiva em si mesma (Bandura, 1977; Novick, Cauce, & Grove, 1996). O auto-conceito não se refere aos factos sobre si mesmo, mas sim ao que se acredita ser verdade (Mercer, 2011). Deste modo, as crenças de auto-conceito reflectem questões do "ser" e do "sentir" nos diversos contextos (Pajares & Schunk, 2005). Tanto, elementos afectivos, cognitivos e comportamentais fazem parte do constructo de auto-conceito (Bong & Clark, 1999; Bong & Skaalvik, 2003). Firestone (1987, cit in Serra & Pocinho, 2001) realça que o auto-conceito leva a que um individuo desenvolva uma espécie de voz interna, um esquema de pensamento, que se liga a sentimentos e atitudes. Estes

sentimentos e atitudes dizem muito sobre a satisfação que as pessoas extraem da sua vida, das relações afectivas construídas, das actividades que realizam e são um factor de risco ou de suporte para a sua saúde mental (Bandura, 1997).

Segundo Campbell e colaboradores (1996) pode ser realizada uma distinção entre o conteúdo e a estrutura do auto-conceito. O conteúdo pode ser subdividido, em componentes do conhecimento (quem/o que sou?) e componentes de avaliação (Como me sinto sobre mim mesmo). Exemplos de componentes do conhecimento incluem crenças pessoais sobre atributos específicos (como por exemplo, traços, características físicas), assim como papéis, valores e objectivos pessoais. Os componentes de avaliação incluem a positividade de auto-crenças específicas e a auto-estima, uma auto-avaliação global que é o produto da visualização "o *self*" como um *objecto attitude*. Características estruturais do auto-conceito referem-se a como os componentes específicos do conhecimento ou auto-crenças são organizadas. O auto-conceito é considerado como um esquema cognitivo, uma estrutura do conhecimento organizado, que contém traços, valores, memórias episódicas e semânticas sobre o *self* e controla o processamento de auto-informações relevantes (Campbell et al., 1996; Markus & Wurf, 1987).

Durante décadas o auto-conceito foi considerado uma entidade unitária monolítica (Campbell et al., 1996; Markus & Wurf, 1987). No entanto, diversos investigadores (Donahue, Robins, Roberts, & John, 1993; Markus & Wurf, 1987; Marsh, Byrne & Shavelson, 1988; Marsh & Shavelson, 1985; Serra & Pocinho, 2001) sugerem que o auto-conceito apresenta uma estrutura multifacetada, que parece funcionar em termos de domínios específicos, isto é, o auto-conceito é diferenciado em múltiplas facetas no qual as crenças pessoais são agrupadas de modo a reflectir um determinado auto-conceito num determinado campo ou área. Esta abordagem tem vantagens consideráveis em relação a outras abordagens unidimensionais, porque reconhece que o auto-conceito surge a partir de múltiplas fontes e opera numa variedade de contextos (Hagger et al., 2005), reflecte as interacções sociais e as relações únicas que caracterizam um indivíduo nos vários papéis sociais (Donahue et al., 1993).

Embora os indivíduos apresentem inúmeros papéis sociais (como por exemplo, psicólogo, bombeiro, marido e coleccionador), eles apenas desenvolvem *papéis de identidade* para aqueles papéis que internalizam no auto-conceito (Burke & Tully, 1977 cit in Donahue et al., 1993). Isto leva-nos para outro conceito a auto-complexidade, que representa o número de dimensões diferentes ou independentes que estão subjacentes à organização do auto-conceito (Linville, 1985,1987 cit in Campbell et al., 1996). As pessoas podem ter uma baixa auto-

complexidade ou uma alta auto-complexidade (Serra & Pocinho, 2001). A partir desta perspectiva, os indivíduos que apresentam uma alta complexidade de auto-concepções podem ser vistos como detentores de identidades especializadas que lhes permitem responder de uma forma flexível e adaptável às exigências dos diferentes papéis, o que deve melhorar as relações interpessoais e funcionando dentro de papéis (Donahue et al., 1993). Em contraste, uma baixa auto-diferenciação ou um *self* indiferenciado é visto como rígido e inflexível, restringe o indivíduo a responder de uma forma eficaz as múltiplas exigências e muitas das vezes conflituosas da vida social (Donahue et al., 1993). Serra e Pocinho (2001) referem que se um indivíduo se considerar a si mesmo como portador de diferentes identidades no desempenho de diversos papéis, uma situação adversa afecta-o apenas numa só faceta mas deixa as outras preservadas. Deste modo, a auto-complexidade tem sido associada com o ajustamento psicológico (Donahue et al., 1993; Serra & Pocinho, 2001).

O modelo de Shavelson, Hubner e Stanton (1976) é considerado um "marco" no auto-conceito e tem desempenhado um papel fundamental na formação de definições e no sentido do auto-conceito em estudos de psicologia. Uma das principais características deste modelo do auto-conceito é a sua estrutura hierárquica geral, em que construções subordinadas são definidas em função de estruturas superiores (Mercer, 2011). O modelo multidimensional e hierárquico é defendido por diversos investigadores (Hagger et al., 2005; Marsh & Shavelson, 1985; Yeung, Chui, Lau, McInerney & Russell-Bowie, 2000) que sugerem, em geral, que o auto-conceito global governa avaliações de auto-conceito, em uma variedade de domínios, como por exemplo, físico, social, emocional, académico e ocupacional (Hagger et al., 2005; Marsh & Shavelson, 1985). Por sua vez, as construções de domínios ou níveis inferiores são super coordenadas em numerosas sub-facetas ou subdomínios que representam a organização de auto-descrições e auto-avaliações sobre as competências nestes contextos mais específicos (Hagger et al., 2005).

No entanto, alguns investigadores (Guérin, Marsh & Famose, 2003; Marsh & Yeung, 1998) têm questionado em que medida esta configuração se adequa à realidade e propõem que a estrutura do auto-conceito pode ser mais complexa do que este modelo sugere, uma vez que podem variar em estrutura, dependendo do contexto, domínios e factores específicos. Harter (1998) questionou se o auto-conceito é hierárquico, sob qualquer aspecto e se a estrutura estatística extraída de facto espelha a estrutura psicológica. Por exemplo, Harter (1998) argumenta que tais modelos hierárquicos podem reflectir as abordagens estatísticas utilizadas pelos pesquisadores, em invés da forma como os indivíduos realmente organizam os auto-conceitos nas suas próprias mentes. Donahue e colaboradores (1993) concentraram-se num

aspecto diferente da estrutura do auto-conceito: em que medida em que estas dimensões estão integradas. Por outro lado, Shower`s (1992) explorou a compartimentalização, o modo como as auto-crenças positivas e negativas residem em diferentes dimensões.

O auto-conceito é considerado uma dimensão estável, por outro lado, também se pode modificar ao longo da vida devido às diversas experiências relacionais e aos contextos sociais em que vive (Serra, 1986a; Serra, 1986b). Seguindo a tendência crescente para investigar o auto-conceito em domínios específicos em diferentes níveis, alguns pesquisadores têm sugerido recentemente que diferentes domínios do auto-conceito se desenvolvem e mudam de diferentes formas ao longo do tempo (Young & Mroczek, 2003). Alguns investigadores sugerem que quanto mais específico for auto-conceito menor será a sua estabilidade (Marsh & Shavelson, 1985; Mercer, 2011). Considerando o modelo hierárquico, um subdomínio e subdivisões reflectem avaliações situacionais, mais transitórias e avaliações menos estáveis do *self* (Hagger et al., 2005). Por outro lado, quanto mais geral, amplo e abrangente é o auto-conceito, dentro desta organização hierárquica, é considerado relativamente estável e duradouro em comparação com um domínio ou subdomínio de auto-avaliações (Hagger et al., 2005; Mercer, 2011). Segundo Mercer (2011) quanto mais globais forem as crenças e formadas no início do desenvolvimento de um indivíduo e, assim, muitas vezes representam crenças mais enraizadas, são possivelmente menos abertas a acesso consciente e mais difíceis de alterar.

Markus e Wurf (1987) no seu estudo frequentemente citado explicam que a diferença mais importante entre diferentes auto-conceitos é a sua "centralidade" ou "importância". Relativamente à sua centralidade, eles referem que algumas crenças de auto-concepções são "centrais" e outras são mais "periféricas". As crenças centrais são as mais elaboradas que podem dar um sentido geral do *self*. Em contrapartida, as crenças periféricas são menos desenvolvidas e menos centralmente importantes no sentido global do *self*. Eles definem o auto-conceito como "*a continually active, shifting array of self-knowledge*" (Markus & Wurf 1987, p.306). O auto-conceito pode ser interpretado como um contínuo activo, mudando constantemente com o auto-conhecimento. Eles continuam e afirmam que não há um fixo ou estático *self*, mas apenas uma corrente de auto-conceito construída a partir das experiências sociais. Eles enfatizam a compreensão de que eles chamam de "*trabalhar o auto-conceito*" ou o "*auto-conceito do momento*". Também ajuda os pesquisadores a entender os resultados aparentemente contraditórios que indicam que o auto-conceito pode ser tanto estável como maleável. Eles sugerem que os aspectos centrais do auto-conceito podem ser menos abertos à

mudança devido ao seu papel central na definição do *self* do que outros mais periféricos que podem ser mais propensos a flutuação.

A importância do estudo do auto-conceito prende-se com o seu carácter preditivo quanto à realização dos indivíduos nos diversos domínios da sua existência (Faria, 2005; Hagger et al., 2005). Pode revelar tendências motivacionais (Mercer, 2011; Serra, 1986a), prever os comportamentos das pessoas em determinadas áreas de forma a manter ou aumentar as suas auto-percepções de competência (Hagger et al., 2005). Serra e Pocinho (2001) referem que o auto-conceito revela cinco aspectos importantes ligados ao comportamento humano, a continuidade, a identidade pessoal, a consistência, a coerência e a razão porque o indivíduo inibe ou facilita determinados comportamentos. A importância fundamental do auto-conceito, para Serra (1986a), tem a ver com a percepção que cada um tem de si próprio, em termos de actor social em interação, influenciando assim, o seu relacionamento interpessoal. Deste modo, esclarece-nos sobre a forma como a pessoa se relaciona e lida com os seus sentimentos, leva-nos a perceber aspectos do autocontrolo e explica-nos o porquê de um indivíduo desenvolver ou inibir determinados comportamentos ou apresentar determinadas emoções, em diferentes contextos (Melo, 2008). Assim, o auto-conceito também tem sido referido como um aspecto importante por si só, devido à sua íntima ligação com o bem-estar psicológico (Marsh, 1989; Paradise & Kernis, 2002; Serra, 1986b).

### **3.2.2 Distinção entre Auto-estima, Auto-conceito e Auto-eficácia**

Tem sido demonstrado que o auto-conceito está relacionado com outros constructos, como por exemplo, auto-estima e auto-eficácia, mas estes podem ser diferenciados (Mercer, 2011). Do ponto de vista conceptual o auto-conceito, a auto-estima e a auto-eficácia compartilham uma ênfase em comum, as crenças de um indivíduo sobre os seus atributos e competências como pessoa (Valentine & DuBois, 2005), como tal, frequentemente estes três tipos de constructos, de auto-crenças são confundidos (Shavelson et al., 1976). Existem muitos pontos de intersecção e áreas de coincidência entre estes constructos, alguns questionam até que ponto é possível distinguir claramente entre eles e os seus limites podem ser vistos como permeáveis (Mercer, 2011). No entanto, recentemente, alguns pesquisadores têm chamado atenção para definições específicas e claras para uma melhor diferenciação e para aumentar a validade dos estudos.

A auto-estima e o auto-conceito têm sido vistos por alguns investigadores como constructos iguais (Mercer, 2011). No entanto a auto-estima é considerada como a mais avaliativa e afectiva dos três constructos, incorporando um sentimento global de avaliação, um julgamento holístico da qualidade de ser digno de estima ou respeito que não funciona ao nível de um domínio específico (Harter, 1999; Mercer, 2011). A auto-estima refere-se mais a como uma pessoa se avalia (dimensão emocional), está mais focada na avaliação global do próprio ou no valor como pessoa e está relacionada com o sistema de valores do indivíduo (Harter, 1999; Mercer, 2011). O auto-conceito refere-se como uma pessoa se descreve (dimensão cognitiva), consiste numa generalização cognitiva do *self* e inclui na sua maioria auto-descrições com valores neutros (Coetzee, 2011).

De acordo com a perspectiva de Jamesian (1890/1963, cit in Marsh, 2008), alguns pesquisadores afirmam que um domínio específico de auto-conceito pode contribuir para a auto-estima global de um indivíduo, dependendo da importância relativa desse domínio para o indivíduo (Hardy & Moriarty, 2006; Harter, 1999). Embora este entendimento da relação entre auto-conceito e auto-estima seja "*intuitivamente atraente*" e amplamente popular, a sua validade permanece sujeita a debate, como alguns estudos empíricos não conseguiram encontrar provas nesse sentido (Marsh, 2008; Mercer, 2011). Por outro lado, alguns autores referem que a auto-estima é um constituinte do auto-conceito (Campbell et al., 1996; Fox, 2000; Serra, 1986b; Sonstroem, Harlow & Josephs, 1994), ou seja, a componente avaliativa e afectiva dos aspectos do auto-conceito. Segundo Serra (1986b), a auto-estima é um dos constituintes do auto-conceito mais importantes e com grande impacto na prática clínica, em que o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos de "bom" e de "mau" (Melo, 2008). Deste modo, vários domínios do auto-conceito podem contribuir para uma auto-estima global e a auto-estima global pode influenciar a avaliação do auto-conceito nos diversos domínios.

Em contraste, a auto-eficácia está associada a tarefas muito específicas dentro de um domínio, de natureza mais cognitiva e reporta-se mais a expectativas e crenças sobre a própria capacidade percebida para executar uma determinada tarefa num contexto específico (Bandura, 1997; Scholz, Doña & Schwarzer, 2002). Auto-eficácia é um conceito da teoria social cognitiva que representa o sentido de autonomia e mestria do ambiente (Bandura, 2004). Consiste numa avaliação de um contexto específico de competência para executar uma tarefa específica, um julgamento do próprio sobre as suas capacidades para executar comportamentos específicos em situações específicas (Mercer, 2011). O auto-conceito não é medido nesse nível de especificidade, é menos dependente do contexto e inclui sentimentos

auto-avaliativos associados à própria percepção de competência (Mercer, 2011; Pajares & Miller, 1994). Um problema particular de definição para o trabalho nesta área consiste em determinar onde o auto-conceito termina e onde começa a auto-eficácia em termos de níveis de especificidade (Bong & Skaalvik, 2003; Mercer, 2011). Quando o auto-conceito e a auto-eficácia são medidos no mesmo domínio, com o aumento dos níveis de especificidade, torna-se cada vez mais difícil separar estes constructos (Bong & Skaalvik, 2003).

Alguns autores sugerem que a auto-eficácia pode ser incluída no auto-conceito (Pajares & Miller, 1994; Serra, 1986b). No entanto, Pajares e Miller (1994) advertem sobre os potenciais problemas para a pesquisa de subsumir a auto-eficácia noutras crenças mais globais, já que pode distorcer a natureza exacta de relações e resultados da investigação. No entanto, Bong e Skaalvik (2003) afirmam que, na verdade, muitos investigadores reconhecem que o auto-conceito inclui uma componente de auto-eficácia e que esta componente pode ser um dos mais importantes blocos na construção do auto-conceito (Mercer, 2011; Serra, 1986b).

### **3.2 Auto-conceito e Obesidade**

Actualmente é amplamente aceite que a investigação em auto-conceito precisa de ser realizada num domínio específico (Mercer, 2011). Segundo Marsh (2006), se os pesquisadores estão especificamente interessados em auto-conceitos, então eles devem medir auto-conceitos com escalas específicas. Tem sido demonstrado que quanto mais especificamente se mede um factor psicológico, mais próxima é a correlação de previsibilidade do factor particular em causa. O estudo sobre o auto-conceito em obesos tem sido realizado essencialmente no domínio físico, em crianças e adolescentes, raramente em adultos e em com menor frequência nos indivíduos submetidos a cirurgia bariátrica (Bocchieri et al., 2002). Têm sido avaliadas algumas dimensões do auto-conceito nos obesos submetidos a cirurgia bariátrica, aspectos sociais e emocionais do auto-conceito, em Portugal, foram encontrados três estudos (Morais 2010; Travado et al., 2004; Rocha, 2009).

Recentemente, tem havido um interesse crescente na importância do auto-conceito físico em pessoas jovens, particularmente à luz das orientações que recomendam a promoção da participação da actividade física em pessoas jovens (Hagger et al., 2005; Sallis & Patrick, 1994). Tem sido investigado o impacto do auto-conceito físico em comportamentos relacionados com a saúde (Hagger et al., 2005), tais como a participação em actividade física

(Alfermann & Stoll, 2000; Fox, 2000; Hagger, Ashford & Stambulova, 1998; Silva & Palmeira, 2010; Sonstroem et al., 1994), componentes da aptidão física (Marsh, 1996; Marsh & Redmayne, 1994), comportamentos desportivos e comportamentos alimentares (Frederick & Grow, 1996; Carvalho et al., 2005). Por exemplo, os estudos realizados têm revelado que valores mais elevados de auto-conceito estão associados a níveis mais elevados de actividade física (Amorose, 2001; Hagger et al., 1998; Raudsepp, Liblik & Hannus, 2002).

Estudos têm mostrado que a obesidade na infância tem efeitos adversos em vários domínios do auto-conceito (Davison & Birch, 2001; Zometkin, Zoon, Klein & Munson, 2004), que se podem perpetuar pela vida adulta. Por exemplo, uma pesquisa de Davison e Birch (2001) refere que as crianças obesas ou com o estatuto de obesas apresentam estima inferior do corpo e menor capacidade cognitiva percebida do que meninas com estatuto de menor peso. Davison e Birch (2001) advertem que a preocupação dos pais sobre o peso do seu filho e a restrição ao acesso dos alimentos estão associados com auto-avaliações negativas entre as meninas. Wylie (1979, cit in Serra & Pocinho, 2001) assinala que os pais, quer como modelos, quer como fontes de reforços, têm a possibilidade de influenciarem os seus filhos ao longo de vários anos, não só nos sentimentos a seu próprio respeito como no tipo de pessoa que gostariam de ser, ou seja, a sua identidade.

Os efeitos da obesidade na fase da adolescência podem ser marcantes no desenvolvimento do auto-conceito, dado que é uma época marcada por profundas transformações biopsicossociais (Moreira, 2005; Stunkard & Wadden, 1992; Silva & Palmeira, 2010). A obesidade impede estes jovens de viverem parte das experiências que estão relacionadas com esta etapa da vida e que permitem um crescimento mental saudável (Rodrigues, Torres & Alves, 2010). Em geral, os adolescentes estão insatisfeitos com o seu peso. Por exemplo, um estudo realizado em Portugal por Leite (2009) com uma amostra representativa (n=2.788) verificou que a maioria dos adolescentes (62.7%) estava insatisfeita com a sua imagem corporal e queriam ser mais magros. No entanto, em estudos comparativos entre obesos e não obesos referem que os obesos apresentam ainda uma maior insatisfação com o corpo (Braet, Mervielde & Vandereycken, 1997; Carvalho et al., 2005) e competências sociais mais baixas (Braet et al., 1997). Estudos revelam que adolescentes que procuram tratamento verbalizam descontentamento com o excesso de peso e sentimentos de menos valia, devido a chacotas sofridas por colegas da escola (Dechen, Cano & Ribeiro, 2000, cit in Carvalho et al., 2005). Paxton, Wertheim, Gibbons, Szmukler, Hillier e Petrovich (1991) verificaram que os adolescentes australianos, em especial as do sexo feminino, apresentavam uma preocupação excessiva com o controlo do peso. Assim como, existia a tendência para a

atribuir à magreza características como felicidade e inteligência. Paralelamente, em estudos comparativos entre obesos e não obesos as mães relatam ter mais problemas comportamentais com os obesos (Braet et al., 1997).

Wilgenbusch e Merrell (1999) realizaram uma meta análise para verificar o efeito do auto-conceito e explorar diferenças de gênero. Diferenças estatisticamente significativas foram evidentes em cinco dos dez constructos do auto-conceito derivados dos modelos multidimensionais do auto-conceito e verificaram que os adolescentes tendem a ter uma melhor auto-percepção do que as adolescentes. Os adolescentes tendem a relatar níveis mais elevados de auto-conceito global, aparência física, atlética e coordenação psicomotora (Hagger et al., 2005). Estes resultados suportam a tendência na pesquisa sobre o auto-conceito para as adolescentes apresentarem um auto-conceito menos favorável do que os adolescentes (Hagger et al., 2005; Marsh, 1989; Park, 2003). Contudo, esta tendência para as adolescentes relatarem um menor auto-conceito do que os adolescentes pode ocorrer porque muitos dos constructos do auto-conceito a este nível focam-se nas capacidades e competências específicas (como por exemplo, a competência desportiva, condição física e força física), em que os rapazes são tipicamente vistos como sendo mais competentes do que as raparigas (Hagger et al., 2005; Wilgenbusch & Merrell, 1999). Dado o efeito da capacidade real e percebida no auto-conceito (Marsh, 1987), não é de surpreender que em contextos comparativos, como a educação física as raparigas referirem terem menos capacidades que os rapazes (Hagger et al., 2005; Marquez & McAuley, 2001).

Por outro lado, também existem estudos que referem que os adolescentes obesos apresentam um auto-conceito dentro dos valores médios (Cornette, 2008). Não são encontradas diferenças estatisticamente significativas entre obesos e não obesos em várias dimensões do auto-conceito (Rashmi & Jaswal, 2010; Sabia, 2007) e que o auto-conceito físico e imagem corporal ideal são um pouco mais elevados em adolescentes obesos (Gordon, 2001; Marsh, Parada, Ayotte, 2004). Os resultados divergentes parecem dever-se à forma como os participantes são abordados e aos instrumentos de recolha dos dados (Carvalho, et al., 2005). Por exemplo, uma investigação recente de Rashmi e Jaswal (2010) utilizou a *Saraswat's Self-concept scale* para medir o auto-conceito de adolescentes obesos e não obesos (n=160), em seis dimensões (física; social; temperamental; educacional; moral e intelectual) e foram observados e comparados resultados de três grupos etários (13-15 anos; 15-17 anos e 17-19 anos). Nenhuma diferença significativa foi observada entre adolescentes obesos e não obesos em ambos os sexos para todas as dimensões do auto-conceito em todos os níveis etários. A esmagadora maioria dos adolescentes obtiveram uma pontuação acima da média ou

elevado auto-conceito em todos os domínios, sem existir diferenças estatisticamente significativas, ao nível da idade, grupo etário, obeso ou não obeso.

Estudos a abordar o auto-conceito em adultos são escassos (Alfermann & Stoll, 2000; Boros e Halmy, 2009; Morais, 2010; Rocha, 2009; Sonstroem et al., 1994; Travado et al., 2004). A atractividade corporal percebida é um importante domínio do auto-conceito ao longo da vida, pode ter um impacto menor com a idade (Cash, Winstead, & Janda, 1986). Nas mulheres a insatisfação com o corpo permanece relativamente estável ao longo da vida, mas a importância do corpo diminui à medida que as mulheres envelhecem e amadurecem (Tiggemann, 2004; Tiggemann & Lynch, 2001). As mulheres de meia-idade, quando comparadas com mulheres mais velhas, apresentam uma maior insatisfação corporal (Tiggeman & Stevens, 1999). As mulheres entre os 50 e 60 anos, como não se identificavam com os ideais de mulher magra, típico das mulheres mais jovens, apresentam melhorias na imagem corporal e no seu auto-conceito (Webster & Tiggemann, 2003). De referir, uma investigação de Boros e Halmy (2009) que verificou que o auto-conceito físico estava negativamente correlacionado com o grau de obesidade. No entanto, quanto a correlações *Withing Group*, uma correlação significativa apenas foi encontrada entre os obesos grau I e entre os não obesos do grupo de controlo. Aqueles com obesidade mórbida (Grau III) aparentemente estavam mais satisfeitos com o seu corpo. Estes resultados não permitem qualquer tipo de generalização, constata-se que existe um reduzido, se não mesmo inexistente, corpo teórico a abordar o auto-conceito nos obesos adultos mórbidos.

Estudos a investigar o auto-conceito em pacientes a aguardar a cirurgia bariátrica são extremamente escassos (Bocchieri et al., 2002). A nível internacional não foram encontrados estudos de relevo. Curiosamente em Portugal existem alguns estudos que abordam tanto as componentes emocionais como as sociais do auto-conceito em pacientes a aguardar a cirurgia bariátrica (Morais, 2010; Rocha, 2009; Travado et al., 2004). Em grande parte, fruto do trabalho desenvolvido por Serra (1986b) que forneceu um dos poucos instrumentos reconhecidos e validados para a população portuguesa, que avalia o auto-conceito o Inventário Clínico de Auto-conceito (ICAC). Aspectos emocionais e sociais do auto-conceito são considerados os mais importantes no ajustamento psicossocial (Serra, 1986b). Revelando-se ser crenças mais globais e centrais na definição do *self* são consideradas dimensões estáveis, ou seja, um traço de personalidade (Markus & Wurf, 1987; Serra, 1986b).

No estudo de Morais (2010) foi calculada a pontuação total do ICAC, cada um dos seus factores e foi realizado um modelo de regressão linear a partir da idade, escolaridade e IMC. Verificou-se que os obesos mórbidos apresentavam um auto-conceito dentro dos valores

normais. No entanto, verificou-se que existia uma associação negativa entre o auto-conceito e o IMC. A pontuação do factor que mede a aceitação/rejeição social estava inversamente associada com o IMC. Este trabalho apresenta como principal limitação, o reduzido tamanho da amostra (n=15), o que retira poder estatístico, podendo explicar a ausência de significância estatística nos resultados encontrados.

Na investigação de Travado e colaboradores (2004) também foi utilizado o ICAC numa amostra representativa (n=212) e os investigadores verificaram que os obesos apresentam um auto-conceito dentro dos valores considerados normais. No entanto, verificaram que a idade correlaciona-se positivamente com o auto conceito total, com os factores aceitação/rejeição social e com a auto-eficácia. Deste modo, quanto mais idade tinha o indivíduo melhor era o seu auto-conceito. A investigação de Travado e colaboradores (2004) sugere que o auto-conceito aumenta com a idade. No entanto, Rocha (2009) verificou que os sujeitos com idades compreendidas entre os 36 e os 50 anos apresentam uma maior auto-eficácia do que os sujeitos com mais de 51 anos. Paralelamente verificou que os sujeitos que trabalham também apresentam uma maior auto-eficácia do que aqueles que estão reformados. Estes resultados vão ao encontro de outras investigações noutras populações que utilizam o ICAC que referem que a auto-eficácia diminui com o aumento da idade (Sacoto, 2010). Estudos revelam que os homens e as mulheres são vistos como menos atraentes, menos socialmente desejáveis, e com menos recursos à medida que envelhecem (Perlini, Bertolissi, & Lind, 1999; Perlini & Lippe, 2006; Perlini, Marcello, Hansen, & Pudney, 2001).

Rocha (2009) no seu estudo verificou que efeito do início da obesidade é estatisticamente significativo para a dimensão de aceitação/rejeição social. De facto a obesidade é considerada um dos estigmas sociais mais duradouros (Cahnman, 1968), para além das formas de discriminação anteriormente referidas, as pessoas obesas são altamente susceptíveis a discriminação interpessoal (Puhl et al., 2010), relatam a escassez ou ausência de contactos sociais (Bocchieri et al., 2002; Valtolina, 1996), provocações (Jackson, Grilo & Masher, 2000), relações problemáticas com os membros da família (Carr & Friedman, 2006; Crandall, 1995) e as mulheres sentem-se indesejadas socialmente (Molinari & Riva, 1995). Maus tratos verbais reais e percebidos estão associados a uma baixa auto-estima, baixo auto-conceito e a sintomas depressivos (Serra & Pocinho, 2001). Frequentemente são alvo de comentários menos agradáveis que prejudicam a imagem corporal, que acaba por comprometer a auto-estima e o bem-estar psicológico (Friedman et al., 2005; Myers & Rosen, 1999; Schwartz & Brownell, 2004). De referir, um estudo Crocker, Cornwell e Major (1993)

onde foram avaliadas diferenças nas reacções entre mulheres obesas e não obesas ( $n = 58$ ), quer de *feedback* positivo ou negativo de um potencial parceiro do sexo masculino. As mulheres com excesso de peso, que receberam um *feedback* negativo atribuíram esse resultado ao seu peso e não culpavam os homens pela sua resposta (Crocker et al., 1993). As mulheres obesas percebem o peso como um factor central nos resultados sociais, ao aceitar os estereótipos negativos (Snyder & Haugen, 1995).

Existem poucos estudos com os obesos mórbidos e com menor frequência nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, estes sugerem que um baixo auto-conceito encontra-se associado com psicopatologia (Boros & Halmy, 2009, Rocha, 2009; Travado et al., 2004). Rocha (2009) verificou que o auto-conceito encontrava-se correlacionado negativamente com a ansiedade e depressão. Verificou que a ansiedade encontrava-se negativamente correlacionada com os factores rejeição social e auto-eficácia do ICAC. Assim como verificou que a depressão se encontrava correlacionada negativamente com os factores rejeição social e maturidade psicológica do ICAC. Por outro lado, Travado e colaboradores (2004) não verificaram uma associação entre a ansiedade e o auto-conceito. Na investigação de Travado e colaboradores (2004) foram verificadas correlações negativas entre o auto-conceito e o HADS, na análise individual das duas escalas, ansiedade e depressão, apenas foi encontrada uma correlação significativa entre a depressão e o auto-conceito. Também foram verificadas algumas correlações negativas entre o auto-conceito e as escalas do Inventário Clínico Multiaxial de Millon (2ª versão) (MCMI-II). O auto-conceito estava negativamente correlacionado com as perturbações da personalidade esquizóide, evitante, esquizotípica, embora as correlações foram muito baixas. Por outro lado, o auto-conceito estava positivamente correlacionado com as perturbações da personalidade histriónica, narcísica e com a perturbação estado-limite, igualmente correlações muito baixas. Noutras populações um baixo auto-conceito tem sido relacionado com depressão, ansiedade e ansiedade social (Matos & Lobo, 2009; Melo; 2008; Serra, 1986a).

Nas investigações de Rocha (2009) e de Travado e colaboradores (2004) não foram encontradas associações negativas ou positivas do auto-conceito com o IMC, ao contrário do que sugere Morais (2010) aspectos emocionais e sociais do auto-conceito não parece estar correlacionado com o IMC nesta população (Rocha, 2009; Travado et al., 2004). No entanto, esta observação deve ser vista com algumas reservas, primeiro porque são poucos os estudos para se generalizar, segundo, neste tipo de amostras em particular, em que a amplitude do IMC é reduzida, não é surpreendente que não se encontrem diferenças estatisticamente significativas. Nas três investigações os resultados do auto-conceito

encontraram-se dentro de valores médios descritos por Serra (1986b), este facto pode ter inúmeras explicações. Uma possível explicação reside no facto desta população ter a tendência à deseabilidade social (com receio de não ser realizada a cirurgia) e esta variável estava correlacionada positivamente com o auto-conceito total na investigação de Travado e colaboradores (2004), o que sugere a existência de um enviesamento no sentido positivo. Outra possível explicação pode ser o facto de se tratar de um inventário clínico (Serra, 1986b), onde os obesos não apresentam alterações psicológicas como é encontrado em diversos estudos a abordar outras sintomatologias (Dymek et al., 2002; Franques & Ascencio, 2006; Malone & Mayer-Alger, 2004). Ainda, outras abordagens referem que não existem diferenças entre obesos e não obesos (Miller, Rothblum, Brand & Felicio, 1995).

No estudo de Miller e colaboradores (1995), 77 mulheres obesas e 78 não-obesas foram avaliadas através de medidas de auto-relato para a ansiedade social, auto-estima social, competência social, tamanho da rede social e percepção de apoio social de amigos e familiares. Os amigos e colegas do trabalho também classificaram estas mulheres sobre as mesmas medidas. Os auto-relatos das mulheres obesas e não obesas não diferiram significativamente em qualquer uma dessas medidas sociais. As avaliações dos amigos e colegas de trabalho das mulheres obesas e não obesas também não foram diferentes. Os investigadores constataram que as mulheres obesas entrevistadas obtiveram melhor desempenho em competências de conversação e desembaraço social, com conhecidos. Estes resultados sugerem que as mulheres obesas podem ser capazes de superar o preconceito contra as pessoas obesas nos seus relacionamentos com os outros, o que pode confirmar a noção difundida culturalmente de que os “*gordinhos são simpáticos e agradáveis*”, como uma forma de ultrapassar a falta de atributos físicos e de sobressair positivamente nas relações interpessoais (Cavalcante, 2009).

### **3.4 Estratégias de *Coping***

*Coping* é uma palavra de origem anglo-saxónica e na língua portuguesa não existe uma palavra que expresse a complexidade do termo *coping*. A tradução da palavra *coping* pode significar “lidar com”, “enfrentar ou adaptar-se a” (Antoniazzi, Aglio & Bandeira, 1998; Ramos & Carvalho, 2008). A elaboração de uma definição de *coping* universalmente aceite constitui uma tarefa revestida de várias dificuldades. Apesar das décadas de contributos teóricos e empíricos decisivos para o estudo desta área do saber, a definição de *coping* nunca

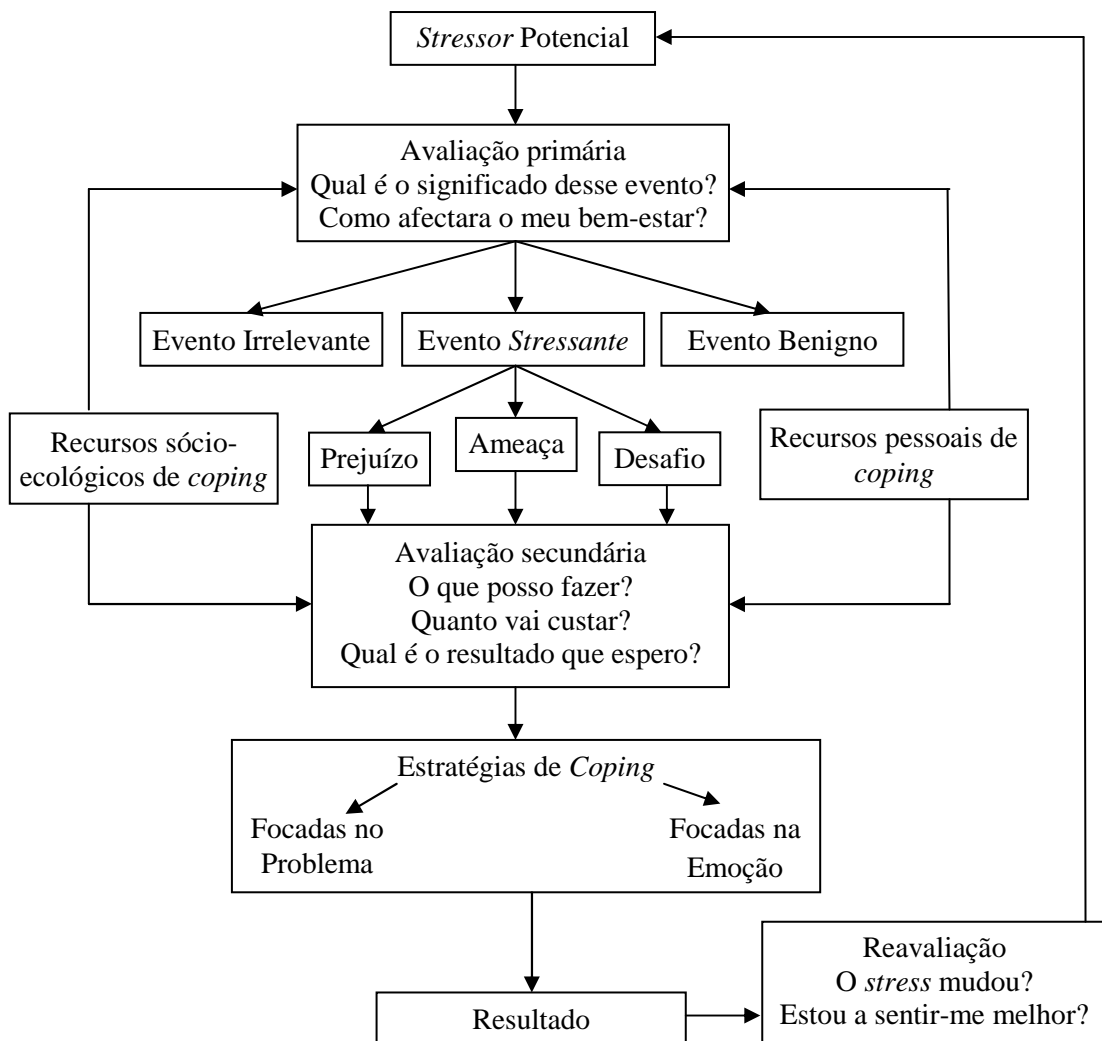
foi tarefa fácil e mais difícil se tornou com o ecletismo de abordagens, constructos e medidas que surgiram (Varela & Leal, 2007). Na revisão da literatura podemos constatar que existe uma variabilidade de constructos associados ao *coping*. No entanto, Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição mais referida na literatura (Varela & Leal, 2007), sendo desta forma a mais consensual.

O conceito de *coping* pode ser definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais realizados pelos indivíduos para se adaptarem a exigências específicas, internas e/ou externas e reduzir o *distress*, resultante de situações *stressantes* percebidas como penosas ou que estão para além dos recursos do indivíduo (Folkman & Lazarus, 1988; Lazarus & Folkman, 1984). Um indivíduo determina a natureza de uma ameaça, em seguida, avalia os recursos para lidar com a situação, então prepara-se cognitivamente e/ou com acções comportamentais para lidar com o *stressor* (Lazarus & Folkman, 1984; Lyons, Mickelson, Sullivan, & Coyne, 1998). Sendo orientado para o processo, refere-se ao que as pessoas pensam ou fazem no momento em situações específicas e não ao que as pessoas fazem normalmente. Ou seja, o *coping* não é um traço de personalidade, estável que se aplica às situações de vida em geral (Pais-ribeiro & Santos, 2001). Visto como um processo implica dinâmicas e mudanças em função de avaliações e reavaliações contínuas que são função das relações entre o indivíduo e o meio ambiente (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). As estratégias de *coping* são acções intencionais, físicas ou mentais, iniciadas em resposta a um *stressor* percebido, dirigidos para circunstâncias externas ou estados internos (Lazarus & Folkman, 1984). Podem ser aprendidas, usadas e descartadas (Antoniazzi et al., 1998).

Têm sido vinculados diversos conceitos de *coping* (Rudolph, Denning & Weisz, 1995). Por definição *coping* é visto como um mediador entre um *stressor* e o resultado advindo desse *stressor* (Antoniazzi et al., 1998; Folkman & Lazarus, 1980). O modelo de Lazarus e Folkman (1984) envolve quatro conceitos principais. Primeiro, o *coping* é um processo ou uma interacção que se dá entre o indivíduo e o ambiente (Lazarus & Folkman, 1984). Segundo, é um processo de gestão das situações e não um processo de domínio ou de mestria das situações, o que esta em jogo é o processo e não os objectivos e os seus resultados (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Considerar *coping* como mestria implicaria que o esforço de *coping* teria de ser eficaz na resolução do problema, caso contrário não teria havido *coping*, ou este teria sido inadequado (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Vê-lo como gestão implica que mesmo que o problema não tenha sido resolvido houve *coping*, com impacto ou não na redução do *stress* relacionado com a situação, e não a com a resolução do problema (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). A qualidade do *coping* não existe em absoluto, ela só pode ser

avaliada em função da situação (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Terceiro, os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo (Antoniazzi et al., 1998). Finalmente, impõe uma distinção com base no *stress*, entre *coping* e comportamentos adaptativos automáticos (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). O processo de *coping* constitui-se numa mobilização de esforços, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as exigências internas ou externas que surgem da sua interacção com o ambiente (Antoniazzi et al., 1998). O modelo de Lazarus e Folkman (1984) pode ser consultado na figura I: Modelo de Processamento de *Stress* e *Coping* (Lazarus & Folkman, 1984, adaptado de Antoniazzi et al., 1998).

Figura I: Modelo de Processamento de *Stress* e *Coping* (Lazarus & Folkman, 1984, adaptado de Antoniazzi et al., 1998)



Esta teoria transaccional de *coping* como um processo de influência mútua entre o sujeito e o ambiente (Lazarus & Folkman, 1984) progrediu por vários estágios durante as últimas quatro décadas (Suls, David & Harvey, 1996). Durante décadas foram propostas pelos autores da teoria transaccional inúmeras dimensões desta teoria (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Inicialmente começou com duas dimensões: reavaliação defensiva e acção directa. Depois teve outras duas dimensões, acção directa sobre o *self* ou no ambiente e processos intrapsíquicos. Posteriormente, quatro dimensões, procura de informação, acção directa, inibição da acção e modos intrapsíquicos (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Actualmente, numa perspectiva cognitivista, Folkman e Lazarus (1984) propõem um modelo que divide o *coping* em duas categorias funcionais: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. Esta construção baseou-se em análises factoriais que geraram dois factores principais utilizados pelos pesquisadores para definir os dois tipos de estratégias de *coping* (Antoniazzi et al., 1998).

O *coping* focado no problema pode ser definido como um esforço desenvolvido pelo indivíduo para alterar ou gerir uma situação que impeça ou bloqueie o caminho para determinados objectivos e que criem *stress* (Pais-Ribeiro, 2006; Folkman & Lazarus, 1984). A função desta estratégia é modificar a relação entre o indivíduo e o ambiente que está a causar situações indutoras de *stress* (Pais-Ribeiro & Santos, 2001; Ramos & Carvalho, 2008). As acções de *coping* podem ser direccionadas internamente ou externamente para reduzir o *stress* (Lazarus & Folkman, 1984). Quando o *coping* focado no problema é dirigido externamente, inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal, solicitar ajuda de outras pessoas e procurar informações. Quando o *coping* focado no problema é dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva, como por exemplo, a redefinição do elemento *stressor* (Antoniazzi et al., 1998), tomada de decisão e planificação (Pais-Ribeiro, 2006).

Por outro lado, *coping* focado na emoção pode ser definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao *stress* ou que é resultado de eventos *stressantes* (Lazarus & Folkman, 1984). Estes esforços de *coping* são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, têm por objectivo alterar o estado emocional do indivíduo (Antoniazzi et al., 1998). A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de *stress* (Pais-Ribeiro, 2006). Por exemplo, fumar um cigarro, tomar um tranquilizante, assistir a uma comédia na televisão, sair para correr, são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional (Antoniazzi et al., 1998).

Para Folkman e Lazarus (1984) a escolha de estratégias de *coping* focadas no problema ou na emoção depende de uma avaliação da situação de *stress* no qual o sujeito se encontra envolvido. A avaliação cognitiva assume uma importância fulcral quando falamos de *coping* (Ramos & Carvalho, 2008). De acordo com a teoria transaccional existem duas avaliações e uma reavaliação. A avaliação primária consiste na avaliação dos acontecimentos em função do significado destes para o bem-estar do sujeito, no qual o *stressor* potencial pode ser avaliado como sendo irrelevante, *stressante* ou benigno (Lazarus & Folkman, 1984). Sendo avaliado como *stressante*, importa salientar que uma mesma situação pode ser de desafio (sentimento de que pode ultrapassar), ameaça (antecipação de situação desagradável para tentar evitá-la) ou de prejuízo (situação desagradável que já ocorreu) (Ramos & Carvalho, 2008). Na avaliação secundária o indivíduo avalia os recursos disponíveis para lhe fazer frente. Na reavaliação em função do resultado de *coping*, o sujeito verifica se a situação de *stress* mudou e caso não esteja a sentir-se melhor volta ao início do processo de *coping* (Ramos & Carvalho, 2008).

As escolhas das estratégias de *coping* são moderadas ou mediadas pelos recursos de *coping* pessoais e sócio-ecológicos (Beresford, 1994; Lazarus & Folkman, 1984). Os recursos pessoais de *coping* são constituídos por variáveis físicas e psicológicas que incluem saúde, moral, crenças ideológicas, experiências prévias de *coping*, inteligência e outras características pessoais (Antoniazzi et al., 1998; Beresford, 1994). Os recursos de *coping* sócio-ecológicos são encontrados no ambiente do indivíduo ou no seu contexto social, e incluem relacionamento conjugal, características familiares, redes sociais, recursos funcionais ou práticos e circunstâncias económicas (Antoniazzi et al., 1998; Beresford, 1994). Os recursos sócio-ecológicos podem actuar como factor de risco e de resistência ao ajustamento do indivíduo (Antoniazzi et al., 1998). Segundo a sua proposição, a disponibilidade de recursos, pessoais e sócio-ecológicos, afecta a avaliação do evento ou situação e determina que estratégias de *coping* o indivíduo pode usar (Antoniazzi et al., 1998). Dependendo da qualidade e da disponibilidade destes recursos, o sujeito torna-se mais vulnerável ou resistente aos efeitos adversos do *stress* (Antoniazzi et al., 1998).

O *coping* focado no problema ou na emoção pode variar em resposta a diferentes tipos de *stress* ou diferentes momentos no tempo (Antoniazzi et al., 1998). Do mesmo modo as pessoas tendem a utilizar simultaneamente várias estratégias de *coping* em quase todas as situações *stressantes* (Varela & Leal, 2007). As pessoas recorrem a estratégias de *coping* consoante as situações. Em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* focado no problema tende a ser mais utilizado, enquanto o *coping* focado na emoção tende a ser mais

utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias de *coping* orientadas para as emoções e para a resolução de problemas surgem geralmente associadas, verificando-se que o *coping* orientado para as emoções ocorre imediatamente após os acontecimentos e é gradualmente substituído por estratégias que visam a resolução do problema (Varela & Leal, 2007). O *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* focado no problema ao remover a tensão. Assim como, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional (Antoniazzi et al., 1998).

Um aspecto controverso na literatura do *coping* diz respeito à eficácia das estratégias de *coping* (Antoniazzi et al., 1998). No modelo de *coping* e *stress* proposto por Lazarus e Folkman (1984), qualquer tentativa de gerir um *stressor* é considerado *coping*, tendo ela ou não sucesso no resultado. O julgamento sobre a eficácia ou adaptabilidade das estratégias de *coping* têm-se mostrado extremamente subjectivo em muitas pesquisas (Beresford, 1994). As estratégias de *coping* não são em si mesmas adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes e melhores ou piores (Lazarus & Folkman, 1984; Serra & Pocinho, 2001; Varela & Leal, 2007). Novas exigências requerem novas formas de *coping*, pois uma estratégia não é eficaz para todos os tipos de *stress* (Antoniazzi et al., 1998). O resultado de uma estratégia de *coping* é difícil de avaliar porque pode mudar com o tempo. Além disso, uma estratégia de *coping* que alivia imediatamente o *stress* pode ser a causa de dificuldades posteriores (Antoniazzi et al., 1998). No entanto, estas podem ser avaliadas em função da natureza do *stressor*, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do esforço de *coping* (Antoniazzi et al., 1998). A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto (Varela & Leal, 2007). Quando uma estratégia é utilizada de forma crónica pode ser um factor de risco para respostas adversas (Stroebe & Stroebe, 1999). Deste modo as estratégias de *coping* escolhidas podem ser adaptativas ou desadaptativas (Carver et al., 1989). Estudos comprovam que as estratégias de *coping* desadaptadas podem contribuir para o desenvolvimento de doenças em geral, assim como para a manutenção destas (Jonge & Dormann, 2006; Lerdal et al., 2011).

Estas duas categorias de *coping*, focadas na emoção ou focadas no problema, são facilmente percebidas ao princípio mas os seus efeitos podem ser confundidos (Carver & Scheier, 1994). O processo de *coping* não pode ser simplificado, pois, quando um indivíduo lida com um *stressor*, as estratégias de *coping* são utilizadas individualmente, consecutivamente e em combinação (Beresford, 1994). Determinadas estratégias de *coping* encaixam-se quer nas funções de *coping* focadas no problema, quer nas focadas nas emoções

(Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Como por exemplo, o caso da procura de aconselhamento que serve as funções focadas no problema, quando fornece informação concreta para ajudar a resolver um problema, e simultaneamente, serve as funções focadas nas emoções se o processo de procurar aconselhamento ajudar o indivíduo a sentir-se apoiado emocionalmente (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Assim, mais recentemente, foi apresentada uma terceira estratégia de *coping*, focada nas relações interpessoais, na qual o sujeito procura apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação *stressante* (Antoniazzi et al., 1998). Os trabalhos mais recentes consideram aspectos afectivos, individuais, situacionais e determinantes de *coping*, e a influência de experiências prévias de *coping* em futuras tentativas de controlar o *stress* (Suls et al., 1996). Novas categorias de respostas de *coping* têm sido propostas tais como *coping* cooperativo e comunitário (Lyons et al., 1998).

Para além desta classificação de estratégias, focadas no problema ou focadas na emoção, do modelo transaccional de Lazarus e Folkman (1984) outra classificação de *coping* tem sido apresentada, que classifica as estratégias de *coping* de aproximação e de evitamento de um *stressor* (Backnang, 2008). Empregando uma análise factorial hierárquica, Tobin, Holroyd, Reynolds e Wigal (1989) mostraram que o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema podem enfatizar a retirada psicológica (evitamento: por exemplo, evitar problemas e auto-crítica) e do mesmo modo, *coping* focado na emoção e *coping* focado no problema podem promover o envolvimento psicológico (aproximação: por exemplo, resolução de problemas e expressão de emoções). Actualmente, ainda se encontra em discussão uma questão levantada por Carver e colaboradores (1989) sobre a existência de *coping* como um estilo disposicional versus uma resposta conjuntural.

### **3.5 Estratégias de *Coping* e Obesidade**

A obesidade é considerada uma doença crónica que afecta um número elevado de indivíduos, representa um indutor de *stress*, com riscos de dificuldades no ajustamento psicológico. A obesidade está associada com uma variedade de eventos e situações *stressantes*, relacionadas com o peso, nomeadamente com as dimensões corporais (como por exemplo, comprar roupas, conduzir, dificuldades sexuais, entre outros), estigmatização, comprometimento da função física e psicológica (Kolotkin, Crosby, Williams, Hartley & Nicol, 2001; Myers & Rosen, 1999). Consequentemente, a forma como os obesos avaliam e se ajustam às situações (Rydén Karlsson, Persson, Sjöström, Talf & Sullivan, 2001), a

disponibilidade e o uso apropriado de estratégias de *coping* tende a ter um grande impacto no bem-estar dos obesos (Kolotkin, Meter & Williams, 2001; Rydén et al., 2001). Os pacientes obesos mórbidos apresentam níveis mais elevados de *distress* quando comparados com pessoas de peso normal (Abiles, Rodriguez-Ruiz, Abiles, Mellado, Garcia, Perez de la Cruz et al., 2010; Rydén et al., 2003a). Apresentam maiores níveis de *distress*, quando comparados com indivíduos saudáveis e ou outros cronicamente doentes ou feridos (Rydén et al., 2001; Sullivan et al., 1993). Os obesos que procuram tratamento apresentam também níveis mais elevados de *distress* em comparação com aqueles que não procuram tratamento (Fitzgibbon, Stolley & Kirschenbaum, 1993), níveis mais elevados são encontrados entre aqueles que preferem métodos mais drásticos para a redução de peso, como a cirurgia ou recurso a anorexígenos (Fitzgibbon et al., 1993; Rydén et al., 2001). Têm sido estudadas as estratégias de *coping* nos obesos para lidar com o estigma da obesidade (Myers & Rosen, 1999), esforços na redução de peso (Kayman, Bruvold & Stern, 1990; Smokowick, 1997), estudos comparativos entre obesos que procuram tratamento através da cirurgia ou tratamento convencional (Rydén et al., 2003a) e estratégias de *coping* utilizadas para lidar com o ajustamento psicológico (Lerdal et al., 2011; Myers & Rosen, 1999).

Kayman e colaboradores (1990) compararam as estratégias de *coping* adoptadas perante questões preocupantes, eventos ou situações stressantes, nos obesos com recaídas no programa de controlo de peso, os que manteram o peso e os indivíduos do grupo controlo. Os obesos com recaídas no peso relataram significativamente mais estratégias de evitamento do que os que manteram a perda de peso e os indivíduos do grupo controle. Por outro lado, os que manterão a perda de peso e os indivíduos do grupo controlo relataram significativamente mais estratégias de resolução planeada do problema (Rpp) e procura de suporte social (Pss). Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards e colaboradores (1998) sugerem que a ingestão de alimentos pode funcionar como um mecanismo de *coping* para lidar com a emocionalidade negativa relacionada com os acontecimentos adversos. Estudos sugerem que estratégias de *coping* de evitamento estão relacionadas com maus hábitos alimentares em adolescentes (Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich & Bryant, 2009).

Um estudo de Rydén e colaboradores (2003a) teve como objectivo identificar estratégias de *coping* nos obesos, candidatos a cirurgia bariátrica e obesos que procuram tratamento convencional. Para tal foram avaliados 2.350 pacientes obesos suecos, 1.236 realizam a cirurgia bariátrica e os restantes 1.114 realizaram tratamento convencional. Desenvolveram um instrumento relacionado com a obesidade para explorar a interacção entre o *coping* e o *distress* nesta população. Estes investigadores definiram três factores de *coping*:

confiança social e de espírito de luta, ambos focados no problema, e *wishful thinking* (optimismo exagerado) focado na emoção. Os candidatos a cirurgia bariátrica apresentavam níveis mais baixos de confiança social e de espírito de luta e níveis mais elevados de *wishful thinking*, consequentemente maiores níveis de *distress*. O *wishful thinking* estava positivamente associado com *distress*. A confiança social e o espírito de luta estavam inversamente associados, explicando assim os níveis mais elevados de *distress* relatado pelos candidatos à cirurgia. Nesta amostra, as estratégias de *coping* focalizadas na emoção provaram ser desajustadas e foram associadas com um aumento do *distress*. Por outro lado as estratégias de *coping* focadas no problema revelaram-se ser adaptativas e reduziram os níveis de *distress*.

Diversas investigações entre os obesos sugerem que o *coping* focado no problema pode estar ligado ou é independente na melhoria da saúde mental e que o *coping* focado na emoção traduz-se num aumento do *distress* ou maior sofrimento psíquico (Endler & Parker, 1990; Lerdal et al., 2011; Myers & Rosen, 1999; Parker & Endler, 1992; Rydén et al., 2003a). Assim como referem que os obesos com *coping* de aproximação apresentam uma melhor saúde mental do que aqueles com *coping* de evitamento (Lerdal et al., 2011; Myers & Rosen, 1999). Estes dados estão em consonância com a pesquisa de Link, Mirotznik e Cullen (1991) que relataram maior sofrimento psíquico entre os pacientes psiquiátricos que utilizam estratégias de *coping* de evitamento. Razões para isso podem ser resultantes de isolamento, incapacidade de expressar emoções e falta de apoio social (Puhl & Brownell, 2003).

Pessoas com perturbações afectivas tendem a evitar o confronto activo dos problemas, pressupondo que a resolução dos seus problemas não depende do seu esforço directo, e utilizam sobretudo estratégias focadas na emoção ou apresentam poucos recursos de *coping* (Lerdal et al., 2011; Myers & Rosen, 1999; Serra, Firmino & Ramalheira, 1988), consequentemente os seus problemas não são resolvidos e sentem um maior número de problemas na vida. Por exemplo, Serra e colaboradores (1988), referem que as pessoas nervosas tendem a sentir que os seus problemas estão fora do seu controlo, têm emoções que ultrapassam os limites da sua contenção, tornam-se mais agressivas contra si/ou contra os outros e tendem a adoptar atitudes de abandono passivo perante as situações.

Homens e mulheres podem perceber *stressores* de forma diferente (Lyons et al., 1998) e podem utilizar diferentes estratégias de *coping* (Puhl & Brownell, 2003). Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath e Monnier (1994) constaram que as mulheres utilizam mais o apoio social em situações profissionais e estratégias de *coping* mais assertivas em situações interpessoais, ao passo que os homens utilizam mais estratégias de *coping* mais agressivas e anti-sociais. As

mulheres procuram com mais frequência o suporte social do que os homens e apresentam mais reacções emocionais face ao *stress* (Carver et al. 1989). Os homens são mais propensos a responder directamente ao evento *stressante* (Billings & Moos, 1984; Endler & Parker, 1990). Myers e colaboradores (1999) na sua pesquisa com obesos mórbidos não encontraram diferenças de género. Rydén e colaboradores (2003a) não exploraram diferenças de género. É necessária mais investigação para examinar a relação entre obesidade, género e estratégias de *coping* (Puhl & Brownell, 2003).

### **3.6 Auto-conceito e Estratégias de *Coping***

Historicamente, três gerações de pesquisadores têm-se dedicado ao estudo do *coping* (Antoniazzi et al., 1998). Diferenças marcantes podem ser observadas nas suas construções, tanto a nível teórico quanto a nível metodológico, decorrentes das suas filiações epistemológicas (Suls et al., 1996). A primeira, desde o início do século, representada pela psicanálise, vinculada à psicologia do ego tem concebido o *coping* como um mecanismo de defesa, motivado internamente e inconscientemente como forma de lidar com conflitos internos, sexuais e agressivos (Cramer, 1998; Sulz et al., 1996; Vaillant, 1994). Entretanto, esta concepção deu lugar ao modelo transaccional, o qual enfatiza os processos cognitivos de avaliação em resposta a eventos *stressantes* (Puhl & Brownell, 2003). Assim, o que influencia na escolha das estratégias de *coping* é o tipo de situação que o indivíduo está a enfrentar (Tomaz, 2008). Esta segunda geração inicia-se na década de 60 e está fortemente associada aos trabalhos desenvolvidos por Lazarus (Pais-Ribeiro, 2006). A terceira geração inicia-se em meados da década de 90, e resulta, em parte, do corpo cumulativo de evidências que indicam que os factores situacionais não são capazes de explicar toda a variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos (Antoniazzi, et al., 1998). E que há investigações que sugerem que tanto as situações como a personalidade contribuem para a sua explicação (Antoniazzi et al., 1998; Sulz et al., 1996).

Assim, esta terceira geração de estudos procura estabelecer uma ligação entre personalidade e *coping*. Algumas pesquisas não encontraram uma relação preditiva entre disposições de personalidade e estratégias de *coping* (Folkman & Lazarus, 1988), mas outras investigações mais recentes têm encontrado associações entre traços de personalidade e estratégias de *coping* (Bolger & Zuckerman, 1995; Tomaz, 2008). Para além das apreciações pessoais sobre o *stress*, reconhece-se que os traços psicológicos do indivíduo submetido ao

*stress* constituem uma fonte de variação importante na percepção desse *stress* (Pais-Ribeiro, 2006). Os estudos demonstraram ainda que os indivíduos tendem a utilizar o *coping* conforme o tipo de problema que enfrentam, existe uma baixa, mas frequente, relação entre traços de personalidade e o uso de determinadas estratégias de *coping* (Tomaz, 2008). As disposições de personalidade mais amplamente estudadas, que se relacionam às escolhas de estratégias de *coping*, são o optimismo, a auto-estima, o locus de controlo, a dureza (*hardiness*), comportamento do tipo A, pensamento construtivo, esperança, aprendizagem criativa, auto-eficácia, sentido interno de coerência, mestria, neuroticismo e ansiedade traço (Antoniazzi et al., 1998; Carver et al., 1989; Pais-Ribeiro, 2006). Na revisão da literatura sobre obesidade, auto-conceito e estratégias de *coping* não foram encontrados estudos de relevo.

Estudos realizados com outras populações verificam uma correlação positiva e altamente significativa entre o auto-conceito e as estratégias de *coping* (Serra & Pocinho, 2001). Indivíduos com um bom auto-conceito e uma boa auto-eficácia tendem a apresentar mecanismos adequados de *coping* (Serra et al., 1988) e a resolver melhor os seus problemas (Serra & Pocinho, 2001). Estão confiantes na sua capacidade para resolver problemas e são mais capazes de perceber mais opções de *coping* e mais propensos a usar estratégias *coping* focadas no problema e menos estratégias de *coping* focadas na emoção, do que aqueles com baixa capacidade percebida de competências (MacNair & Elliott, 1992). Por sua vez, um bom auto-conceito e estratégias de *coping* adequadas são preditores de uma boa saúde mental (Serra & Pocinho, 2001). Estes estudos apoiam a ideia de que um auto-conceito positivo, consistente e realista reflecte-se numa atitude de segurança, manifestações saudáveis e ausência de sentimentos de ameaça gerados pelos acontecimentos de vida, a perceber o mundo de forma menos ameaçadora, a ter estratégias de *coping* mais adequadas, a desenvolver melhor as competências relacionais de ajuda e a sentir-se bem consigo e com os outros (Gomes & Ribeiro, 2001; Melo, 2005; Melo, 2007, Melo, 2008; Serra, 1986b; Serra & Pocinho, 2001).

Na população obesa constata-se que as experiências negativas relacionadas com o peso podem levar ao evitamento da interacção social como forma de fugir da desvalorização (Puhl & Brownell, 2003). Swim, Cohen e Hyers (1998) propõem que os indivíduos estigmatizados com o peso ponderam os custos em entrarem em potenciais situações ameaçadoras e, em seguida, decidem entrar ou evitar. A falta de confiança na capacidade de lidar com o preconceito pode promover o evitamento (Swim et al., 1998). Hughes e Degher (1993) observaram que evitar parece ser comum entre os obesos, nomeadamente, ir às compras ou à praia, onde eles se sentiam observados. Outros tentaram evitar o seu estatuto,

ignorando o seu peso através de um esforço consciente para não pensar nisso. Frequentemente, estratégias de *coping* de evitamento quando utilizadas de uma forma crónica tendem a ter implicações directas na saúde do indivíduo (Stroebe & Stroebe, 1999). Myers e Rosen (1999) verificaram que as frequentes experiências de estigmatização foram positivamente associadas com a frequência de tentativas de *coping* numa amostra de indivíduos obesos. As estratégias de *coping* estavam significativamente correlacionadas com o *Brief Symptom Inventory* indicando que as estratégias de *coping* dos obesos estavam associadas com mais sintomatologia psicopatológica. As estratégias de *coping* auto-crítica, chorar, isolar-se, evitar e deixar as situações foram significativamente associados com medidas de ajuste psicológico negativo, mesmo depois de controlar a variação do peso.

Os indivíduos obesos frequentemente são alvo de discriminação, que tem sido documentada em diversas áreas (Puhl & Heuer, 2009; Puhl & Heuer, 2010). A obesidade nas crianças e adolescentes tem revelado um impacto negativo no auto-conceito (Davison & Birch, 2001; Hagger et al., 2005; Paxton et al., 1991; Silva & Palmeira, 2010). O estudo do auto-conceito em adultos obesos ou obesos a aguardar cirurgia raramente tem sido abordado (Bocchieri et al., 2002). Em Portugal têm sido avaliados aspectos emocionais e sociais do auto-conceito em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica e que referem que os valores do auto-conceito emocional e social se encontram dentro dos valores normais (Morais, 2010; Rocha, 2009; Travado et al., 2004). No entanto, os poucos estudos existentes em pacientes a aguardar cirurgia bariátrica sugerem que a depressão se encontra associada com um baixo auto-conceito (Boros & Halmy, 2009, Rocha, 2009; Travado et al., 2004). Estudos referem que os obesos apresentam essencialmente estratégias de *coping* focadas na emoção ou de distanciamento (Endler & Parker, 1990; Hughes & Degher 1993; Lerdal et al., 2011; Myers & Rosen, 1999; Parker & Endler, 1992; Rydén et al., 2003a). Estas estratégias quando utilizadas de uma forma crónica tendem a ter implicações directas na saúde do indivíduo (Lerdal et al., 2011; Stroebe & Stroebe, 1999). Na revisão da literatura foram encontrados diversas limitações. Primeiro, os estudos a abordar o auto-conceito e estratégias de *coping* nos obesos não foram encontrados. Segundo, se a literatura sobre estratégias de *coping* nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica é atormentado pela heterogeneidade de medição, a pesquisa sobre o auto-conceito é duplamente afectada, tal como o auto-conceito têm recebido muito menos atenção em medidas psicométricas (Bocchieri et al., 2002). É necessária investigação no sentido de uma melhor compreensão do auto-conceito e estratégias de *coping* nos obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica.

**PARTE II**  
**INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

A parte empírica deste estudo descreve a investigação realizada no sentido de avaliar a morbilidade psicológica, pretende-se traçar um perfil psicopatológico, alterações da personalidade e outras variáveis como o auto-conceito e estratégias de *coping* nos obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica. Neste sentido, no primeiro capítulo será apresentada a metodologia. No segundo capítulo serão descritos os resultados obtidos. No terceiro capítulo serão interpretados e discutidos os resultados. Finalmente, no quarto capítulo descrevem-se algumas limitações do estudo, sugestões para futuras investigações, proposta de intervenção para a saúde e algumas conclusões da investigação.

### **CAPÍTULO I - METODOLOGIA**

Este estudo foi realizado numa amostra portuguesa de utentes seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica no Serviço de Cirurgia da Obesidade do CHAA, Guimarães. O estudo é desenvolvido com uma abordagem metodológica quantitativa, uma vez que recorreu exclusivamente a um conjunto de instrumentos de auto-relato. A presente investigação é do tipo epidemiológica, descritiva, correlacional e transversal, na medida em que se pretende caracterizar os pacientes seleccionados para a cirurgia bariátrica no CHAA num único momento temporal. Assim, neste capítulo é apresentada a metodologia, serão desenvolvidos os objectivos, hipóteses do estudo, variáveis do estudo, procedimentos na recolha de dados, população e amostra, instrumentos de avaliação e finalmente os procedimentos estatísticos.

#### **1.1 Objectivos**

O objectivo geral consiste em descrever e correlacionar a morbilidade psicológica nos obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica. Por morbilidade psicológica entende-se como psicopatologia, alterações da personalidade e emocionais. Também serão descritas características sócio-demográficas e clínicas. Tendo em consideração a extensão da problemática em estudo e pretendendo aumentar e melhorar a nossa compreensão acerca da obesidade e das características psicológicas dos pacientes seleccionados para a cirurgia bariátrica, torna-se necessário delinear o campo em análise, de forma a obter um

conhecimento selectivo, para a obtenção da informação que nos interessa. Assim, definimos como objectivos específicos para este estudo, verificar a:

- Existência de psicopatologia e a mais prevalente através da administração do SCL-90-R (somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo), do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Ansiedade e depressão),
- Alterações da personalidade através do *Multiphasic Personality Inventory* (Mini-Mult) (hipocondria; depressão; histeria; psicopatia; paranóia; psicastenia; esquizofrenia e hipomania).
- Explorar estratégias de  *coping* através do *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) ( *coping* confrontativo; distanciamento; auto-controlo; procura de suporte social; aceitar a responsabilidade; fuga-evitamento; resolução planeada do problema e reavaliação positiva).
- Avaliação de aspectos emocionais e sociais de auto-conceito através do Inventário Clínico de Auto-Conceito (aceitação/rejeição social; auto-eficácia; maturidade psicológica e impulsividade actividade).

## 1.2 Hipóteses do Estudo

**Hipótese 1:** Espera-se que existam diferenças nos níveis de ansiedade e depressão, em função das variáveis sócio-demográficas e clínicas estudadas (IMC, sexo, idade, habilitações literárias, local de residência e aparecimento de problemas físicos), nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica.

**Hipótese 2:** Espera-se que o auto-conceito esteja relacionado com a psicopatologia e com alterações da personalidade, ou seja, espera-se que baixos níveis de auto-conceito estejam associados a níveis mais elevados de psicopatologia e alterações da personalidade, e que níveis elevados de auto-conceito estejam associados com baixos níveis de psicopatologia e alterações da personalidade, nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica.

**Hipótese 3:** Espera-se uma associação positiva entre estratégias de *coping* e psicopatologia e alterações da personalidade, assim como uma associação negativa entre estratégias de *coping* e psicopatologia e alterações da personalidade, nos obesos seleccionados e aguardar cirurgia bariátrica.

**Hipótese 4:** Espera-se que o auto-conceito influencie a utilização de diferentes estratégias de *coping*. Espera-se que exista uma associação positiva entre o auto-conceito e algumas estratégias de *coping*, assim como uma associação negativa entre outras estratégias de *coping* e o auto-conceito, nos obesos mórbidos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica.

Esta investigação é ainda complementada com a realização de algumas análises exploratórias com o objectivo de estudar a relação existente entre variáveis sócio-demográficas e clínicas (sexo, idade, IMC, habilitações literárias, local de residência e aparecimento de problemas de saúde após o aumento de peso), psicopatologia (somatização, sensibilidade interpessoal e ideação paranóide), alterações da personalidade (hipocondríaca, depressiva, paranóia e esquizofrénica). Assim como, explorar diferenças nos níveis de auto-conceito em função de variáveis independentes e diferenças na utilização de *estratégias* de *coping* em função do sexo.

## **1.3 Variáveis do Estudo**

### **1.3.1 Variáveis Sócio-demográficas**

O questionário sócio-demográfico apresenta diversas variáveis, deste modo foram seleccionadas algumas que melhor caracterizam a amostra. Estas incluem o sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, localização da residência, número de filhos, idade dos filhos, descrição da situação marital actual, identificação de problema ou conflito no casamento, suporte social, relações sociais, frequência da prática de exercício físico, imagem corporal e satisfação face à vida.

### **1.3.2 Variáveis Clínicas**

No questionário clínico foram seleccionadas 20 variáveis: altura; há quanto tempo começou a verificar a alteração do seu peso; algum elemento da sua família mais próxima

também tem excesso de peso; quantas refeições faz por dia; que alimentos costuma ingerir nas suas refeições; sente que faz uma escolha alimentar diária equilibrada; já se submeteu a algum tratamento no passado para diminuir o seu peso; qual o resultado destes tratamentos; quais os problemas de saúde que mais se desenvolveram/apareceram com o aumento de peso; pelo facto de ter um elevado peso, verifica/verificou alguma interferência na sua vida profissional; passa muito tempo do seu dia na cama ou sentado; sente que o seu elevado peso altera a forma como os outros o vêem; como considera a sua saúde actual; em alguma altura da sua vida teve necessidade de recorrer a apoio na área da saúde mental e se sim, qual a forma de intervenção a que foi sujeito.

### **1.3.3 Variáveis Dependentes**

Estas variáveis assumem um papel fundamental no nosso estudo, uma vez que constituíram o núcleo dos objectivos da investigação, assumindo o papel de variáveis dependentes nas nossas hipóteses. Entre as medidas de psicopatologia são variáveis dependentes a escala total, depressão e ansiedade do HADS. Com o SCL-90-R são variáveis dependentes depressão, ansiedade, somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide. Como alterações da personalidade, do Mini-mult são variáveis dependentes, hipocondria (Hs), histeria (Hy), psicopatia (Pd), paranóia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc) e hipomania (Ma) e as escalas de validade, L, F, K e o índice de simulação (F-K). Também serão exploradas estratégias de *coping*, como total do WCQ e as oito estratégias de *coping*, *coping* confrontativo, distanciamento, auto-controlo, procura de suporte social, aceitar a responsabilidade, fuga-evitamento, resolução planeada do problema e reavaliação positiva. No que se refere ao auto-conceito são variáveis o auto-conceito total e os seus quatro factores: aceitação/rejeição social; auto-eficácia; maturidade psicológica e impulsividade-actividade.

### **1.4 Procedimentos de Recolha de Dados**

A amostra da presente investigação foi constituída por indivíduos de ambos os sexos, seleccionados e a aguardar parecer técnico do Serviço de Cirurgia da Obesidade do CHAA, Guimarães, para a realização da cirurgia bariátrica. Para a realização do estudo foi elaborado três pedidos de autorização, um ao Conselho de Administração, outro a Comissão de Ética

para a saúde e um ao Director do DPSM, do Centro Hospitalar Alto Ave, EPE. O modelo do pedido pode ser consultado no anexo XIX: Pedido de autorização para recolha de dados. Em anexo também se encontra a autorização da comissão de ética, anexo X: Autorização da comissão de ética para a realização do estudo e no anexo XI: Autorização do director do DPSM para a realização do estudo. Assim como informamos a Comissão Nacional de Protecção de Dados a realização do estudo. Para a realização da cirurgia bariátrica é necessária a avaliação e caracterização psicológica de cada utente, com emissão de parecer técnico sobre as condições psicológicas deste para a realização da cirurgia, que inclui critérios clínicos de morbidade psicológica e de motivação, colaboração e responsabilidade do utente face ao processo de tratamento e mudanças associadas, tendo sido convidados na sequência destas consultas ao preenchimento dos instrumentos.

A aplicação dos instrumentos é realizada quando os pacientes se dirigem ao hospital para consultas de rotina e de forma individual. Todos os indivíduos foram informados sobre os objectivos da pesquisa, procedimentos necessários à realização da investigação e confidencialidade dos dados. Para a participação na pesquisa, cada participante assina duas cópias do consentimento informado (Anexo I) (uma para o participante e outra para o investigador), em conformidade com os padrões éticos da Declaração de Helsínquia da Associação médica, lei portuguesa e as normas éticas do hospital. O tempo de realização médio foi aproximadamente 45-60 minutos. Um dos cuidados a ter na aplicação destes instrumentos refere-se ao facto que a pontuação da gravidade dos sintomas obtida pelas escalas não deve ser transformada em diagnóstico de depressão, uma vez que esses instrumentos avaliam apenas a intensidade dos sintomas e não substituem as entrevistas clínicas de diagnóstico.

## **1.5. Amostra**

A amostra é constituída por indivíduos com obesidade propostos para a cirurgia bariátrica no momento da consulta de avaliação psicológica para a realização da cirurgia, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA), Guimarães. Apresenta sujeitos de ambos os sexos com um total de 218, considerados do ponto de vista médico, candidatos ao tratamento cirúrgico no momento da colheita de dados. Os dados foram recolhidos em três momentos diferentes, entre 2008/2009 (n=44), 2009/2010 (n=68) e finalmente em 2010/2011 (n=96), tendo sido eliminados alguns

sujeitos devido ao não preenchimento de pelo menos um instrumento ou por excesso de valores omissos nas diferentes variáveis recolhidas.

O método de amostragem consiste na amostragem por conveniência, na medida em que os participantes são escolhidos porque se encontram onde os dados estão a ser recolhidos, a participação no estudo é acidental. São definidos como critérios de inclusão os seguintes aspectos: indivíduos que apresentam diagnóstico de obesidade; serem seleccionados para a cirurgia bariátrica; estarem informados do seu diagnóstico; sem perturbações do estado de consciência; não hospitalizados; frequentassem as consultas externas de cirurgia de obesidade, presente no momento da consulta externa no DPSM e que assinem o consentimento informado. Como critério de exclusão são considerados os que não concordam com a participação no estudo. Estes utentes foram enviados à consulta externa de Psicologia do DPSM no CHAA para avaliação psicológica e parecer técnico prévio à realização da cirurgia tendo sido convidados na sequência destas consultas ao preenchimento dos instrumentos.

### **1.5.1 Caracterização Sócio-demográfica**

Nesta amostra verifica-se o predomínio do sexo feminino nos candidatos a cirurgia bariátrica, em que a moda é o sexo feminino. Foram avaliados 218 pacientes, 91.7% são do sexo feminino (n=200) e 8.3% do sexo masculino (n=18). A moda da idade dos candidatos a cirurgia está compreendida entre os 36 e os 50 anos. A idade foi dividida em quatro categorias nominais, idades inferiores a 20 anos, compreendidas entre os 21 e 35 anos, entre os 36 e os 50 anos e idades superiores a 51 anos. Verificou-se que 51% apresentavam idades compreendidas entre os 36 e os 50 anos (n=110), 27.2% com idades compreendidas entre os 21 e 35 anos (n=59), 21.2% com idades superiores a 51 anos (n=46) e 0.9% com idades inferiores a 20 anos (n=2). Ao nível da escolaridade a moda é o ensino básico, 69.7% apresentam escolaridade ao nível do ensino básico (n=152), 14.7% o 9º ano de escolaridade (n=32), 10.6% o 12º ano de escolaridade (n=23), 2.8% cursos superiores (n=6), 1.8% outros (n=4) 0.5% curso médio profissional (n=1). Os sujeitos apresentam uma moda de habitarem em um contexto rural, 70.4% a reside em um contexto rural (n=152) e 29.6% em contexto urbano (n=64).

Relativamente ao estado civil a moda é ser casado, 75.7% são casados (n=165), 14.2% solteiros (n=31), 5% divorciados (n=11), 2.8% vivem em união de facto (n=6) e 2.3% são viúvos (n=5). Entre aqueles que apresentam um relacionamento afectivo estável (n=179)

apresentam uma moda e a mediana de satisfação com a situação marital, 60.9% estão satisfeitos (n=109), 30.2% muito satisfeitos (n=54), 6.1% consideraram a sua situação marital insatisfatória (n=11) e 2.8% muito insatisfatória (n=5). Em 181 sujeitos, 85.6% não identificam problemas ou conflitos no seu casamento actual (n=155) e 14.4% identificam problemas ou conflitos no seu casamento actual (n=26). Entre os problemas identificados a moda são as dificuldades sexuais, 32.0% identificam dificuldades sexuais (n=8), 20% problemas financeiros (n=5), 8% diferenças de personalidade (n=2), 8% devido aos filhos (n=2), 4% situação profissional (n=1) e finalmente 28% outros (n=7). Em 216 sujeitos 82.1% têm filhos (n=177) a moda é ter dois filhos, 17.9% não têm filhos (n=39), 37.6% têm dois filhos (n=82), 19.3% têm um filho (n=42), 17.4% têm três filhos (n=38), 4.1% têm quatro filhos (n=9) e 2.8% tem cinco filhos. O número de filhos mínimo é zero e o máximo é cinco.

Na situação profissional a moda é a trabalhar, 57.8% trabalham (n=126), 24.8% estão desempregados (n=54), 11.5% reformados (n=25), 3.2% baixa médica (n=7), 0.9% estudantes (n=2) e finalmente 1.8% outros (n=4). No que concerne a profissão a moda é trabalharem na indústria, 28.9% trabalham na indústria (n=63), 9.6 % são domésticas (n=21), 7.8% trabalham no comércio (n=17), 4.1% são funcionários públicos (n=9), 0.9% quadros superiores (n=2) e 11.5% outro tipo de actividades profissionais (n=25). Pelo facto de ter elevado peso 57.9% verificou ou verifica alguma interferência na sua vida profissional (n=125). Relativamente ao suporte social 212 considerarem o seu suporte social disponível sendo esta a moda, 53.3% consideram o seu suporte social disponível (n=113), 25% consideram participativo (n=53), 8.5% consideram incentivador (n=18), 8.5% consideram indiferente (n=18) e finalmente 4.7% consideram despreocupado (n=10). Apresentam uma moda em 217 sujeitos de se considerarem com facilidade nas relações sociais, 95.9% consideram-se pessoas com facilidade nas relações sociais (n=208) contra 4.1% que não (n=9). Nos obesos seleccionados para a cirurgia bariátrica, 77.5% sente que pelo facto de ter elevado peso altera a forma como os outros o vêem.

### **1.5.2 Caracterização Clínica da Amostra**

Os pacientes seleccionados e aguardar a cirurgia apresentam um peso médio de 112,51 Kg (DP=16,13), um peso mínimo de 81 kg e máximo de 194kg. A mediana são 111kg e a moda 100kg. A apresentam uma média de altura de 1.60m (DP=7,17), uma moda e mediana de 1.60m, uma altura mínima de 1.40m e máxima de 1.84m. Relativamente ao IMC,

apresentam um IMC médio de 44,01 (DP=5,41), um IMC mínimo de 31.14 e máximo de 63.35. Apresentam uma mediana de 43.29 e moda de 41.62 de IMC.

Quanto a quando começaram a verificar a alteração do seu peso apresentam uma moda de referir com o nascimento de um filho, 39.2% refere que teve o seu início com o nascimento de um filho (n=85), 26.7% desde sempre que têm um peso elevado (n=58), 12.4% com o aparecimento de um problema de saúde (n=27), 12% desde o início da adolescência (n=26) e 9.7% outros (n=21). Em 218 sujeitos, 72.5% apresentam algum elemento da sua família directa ou mais próxima também com excesso de peso. Relativamente a hábitos alimentares apresentam uma moda de realizar quatro refeições diárias, 48.8% comem quatro vezes ao dia (n=106), 29.8% seis vezes ao dia (n=65) e 21.1% poucas ou duas vezes ao dia (n=46). Dos quais 59.2% sente que não faz uma escolha alimentar equilibrada (n=129) e 40.8% sente que realiza uma escolha alimentar equilibrada (n=89). A pratica de exercício físico não é muito comum em 217 sujeitos, apresentam uma moda de nunca praticarem exercício físico, 66.8% não praticam exercício físico (n=145), seguido por 13.8% que pratica todos os dias (n=30), 11.5% uma vez por semana (n=25) e 7.8% duas a três vezes por semana (n=17).

Já se submeteram a tratamento no passado para diminuir o peso 88.9% dos sujeitos (n=193). Esses sujeitos apresentam uma moda de consideram os resultados destes tratamentos negativos, 44.3% consideram o resultado destes tratamentos negativos (n=85), 37.2% positivos (n=81) e 11.9% consideram que não existiu nenhuma diferença (n=26). Os obesos apresentam uma moda de se considerem com uma saúde normal, 53.5% consideram a sua saúde normal (n=116), 29.5% má (n=64), 14.7% boa (n=32), 1.8% muito má (n=4) e 0.5% excelente (n=1). No entanto, 75.7% referem que apareceram problemas de saúde com o aumento de peso (n=165) e 24.3% referem que não apareceu nenhum problema de saúde relacionado com o peso. Na amostra total (n=218), 47.7% apresentam problemas reumáticos (n=104), 33.5% musculares (n=73), 22.5% apresentam colesterol (n=49), 17.4% apresentam diabetes (n=38), 12.8% problemas cardíacos (n=28) e 19.7% outros (n=43).

Os sujeitos foram questionados numa escala tipo *Likert* se sentiam-se bem com a sua imagem corporal, com as seguintes opções, nunca, quase nunca, algumas vezes, bastantes vezes e muitas vezes. A moda é nunca e a mediana é quase nunca, em 217 sujeitos, 43.3% responderam que nunca (n=94), 25.8% quase nunca (n=56), 23.4% algumas vezes (n=51), 5.1% bastantes vezes (n=11) e 2.3% muitas vezes (n=5). Segundo a mesma escala, 217 sujeitos apresentam uma moda e uma mediana de se sentirem satisfeitos com a vida bastantes vezes, 41% bastantes vezes (n=89), 33.6% algumas vezes (n=73), 12.9% muitas vezes (n=28),

9.7% quase nunca (n=21) e finalmente 2.8% nunca (n=6). Para finalizar, 28.9% em alguma altura da vida teve a necessidade de recorrer a apoio na área da saúde mental (n=63).

## **1.6 Instrumentos de Avaliação**

Na presente investigação e tendo em consideração as variáveis em estudo foram administrados cinco instrumentos de avaliação aos utentes, procurando aplicar aqueles que nos pareceram mais adequados, se caracterizam pelo conjunto de itens, estandardizados, de aplicação simples, de fácil cotação e possibilitavam uma análise objectiva. São instrumentos aferidos e de reconhecida validade psicométrica. Todos os instrumentos foram administrados segundo a mesma ordem: Questionário sócio-demográfico; Questionário Clínico; *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); *Multiphasic Personality Inventory* (Mini-Mult); O *Symptom Checklist-90- Revised* (SCL-90-R); O *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) e o Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC). O Mini-Mult ainda não se encontra aferido para a população portuguesa, desta forma foram utilizadas as notas T aferidas para a população Espanhola do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota – 2 (MMPI-2). De seguida, apresentar-se-á uma descrição de cada instrumento com os respectivos índices psicométricos estudados. Calculou-se a fidelidade de todos os instrumentos e suas respectivas sub-escalas mediante o cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach ou Spearman-Brown*.

### **1.6.1 Questionário Sócio-demográfico**

O questionário sócio demográfico (Anexo II) apresenta 14 questões de escolha múltipla ou resposta breve e foi elaborado de forma a permitir caracterizar a amostra, assim como colher informação que consideramos importantes para o nosso estudo. Apresenta questões, como por exemplo, idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, qual o tipo de profissão, local de residência, quantos filhos tem, como descreve a sua situação marital actual, identifica algum problema ou conflito no seu casamento, quais os problemas que se verificam, como considera o suporte social, apresenta facilidade nas relações sociais, com que frequência pratica exercício físico. Foram ainda acrescentadas duas questões, numa escala tipo *Likert*, referentes à sua imagem corporal e satisfação com a vida.

### 1.6.1 Questionário Clínico

O questionário clínico (Anexo III) apresenta 15 questões, foi desenvolvido sobretudo com o objectivo de recolher dados clínicos referentes à amostra. Este questionário pretendeu avaliar dados referentes à situação clínica dos utentes, nomeadamente, peso, altura, há quanto tempo começou a verificar a alteração de peso, algum elemento da sua família, mais próxima também tem excesso de peso, quantas refeições faz por dia, se sente que faz uma escolha alimentar equilibrada, já se submeteu a algum tipo de tratamento, quais os resultados desses tratamentos, quais os problemas de saúde que se desenvolveram/apareceram com o aumento de peso, pelo facto de ter elevado peso, verifica/verificou alguma interferência na sua vida profissional, sente que o seu peso altera a forma como os outros o vêem, como considera a sua saúde actual, em alguma altura da sua vida teve necessidade de recorrer a apoio na área da saúde mental, entre outras.

### 1.6.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

O *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) foi construído por Snaith e Zigmond em 1983, com o objectivo de auxiliar os clínicos, na identificação e reconhecimento de componentes emocionais associados à doença física e que podem aumentar o *distress* desta doença, confundir o diagnóstico e prolongar o tempo de recuperação (Pais-Ribeiro, 2007). Esta escala propõe-se avaliar a depressão e a ansiedade em utentes com patologia física e em contexto hospitalar, seleccionando apenas sintomas psicológicos. Os itens da escala foram escolhidos de modo a que não reflectissem a doença física actual. Neste sentido, foram eliminados itens tais como perda de apetite e alterações do sono, que podem ser sintomas de outra perturbação emocional ou doença física (Pais-Ribeiro, 2007). Os itens da ansiedade reflectem o estado de ansiedade generalizado e os itens da depressão encontram-se associados a um estado de anedonia (Zigmond & Snaith, 1983, cit. in Pais-Ribeiro, 2007). É um questionário de auto-resposta, demorando entre dois e cinco minutos para ser respondidos.

O HADS é constituído por 14 itens, de resposta tipo *Likert*, divididos em duas subescalas, uma mede a ansiedade (7 itens) e a outra a depressão (7 itens). A forma de resposta dos 14 itens da escala varia entre zero (0-baixo) a três (3-elevado), numa escala de *Likert* de quatro pontos. Em cada item existe quatro possibilidades de resposta, devendo o participante escolher aquela que melhor se adequa à forma como se tem sentido durante a

última semana. Os resultados finais de cada sub-escala variam de zero a 21, e resultam da soma dos valores dos itens de cada sub-escala. Os valores mais elevados indicam níveis mais altos de ansiedade e depressão.

Segundo um estudo dos autores (Zigmond & Snaith, 1983, cit in Pais-Ribeiro, 2007), em 100 doentes com diferentes queixas de doença física a efectuar tratamento ambulatorio, as pontuações obtidas entre oito e dez para cada sub-escala poderá indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica. Neste sentido, os autores sugerem o valor de oito como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e depressão. Deste modo, consideram que a severidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), leve (8-10), “moderada” (11-15) e “severa” (16-21), (Snaith & Zigmond, 1993, cit. in Pais-Ribeiro, 2007). Para outros autores um resultado entre 8-10 para cada sub-escala é considerado *borderline*, e um resultado igual ou superior a 11 é indicador de presença de ansiedade ou depressão (Carroll, Kathol, Noyes, Wald & Clamon, 1993). Contudo, estes valores não foram estudados para a população portuguesa (Soares, 2009). Também pode ser usada uma pontuação total (HADS-Total), como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional. Um resultado total  $\geq 15$  já apresenta uma capacidade discriminativa de perturbação emocional com um valor preditivo positivo de 41% para “casos psiquiátricos” de acordo com (Ibbotson, Maguire, Selby, Priestman & Wallace, 1994).

Mykletun, Stordal e Dahl (2001, cit in Soares, 2007) examinaram as propriedades psicométricas da HADS numa grande população, num total de 65648 participantes, com idades compreendidas entre os 20-89 anos. Este estudo baseado numa grande população deu suporte à estrutura bidimensional dos factores, verificando que as propriedades psicométricas da HADS, como um instrumento de auto-avaliação, devem ser consideradas como muito boas em termos de estrutura factorial, validade e fidelidade.

No presente estudo foi utilizado a versão experimental portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999) (Anexo IV). Esta versão foi aplicada a uma amostra de utentes pós-enfarte de miocárdio, num estudo longitudinal realizado em cinco momentos distintos: quarto dia do internamento (n=111); momento da alta (n=187); duas semanas após a alta (n=100); três meses após a alta (n=114) e seis meses após a alta (n=60). Os coeficientes de Alfa de *Cronbach* do HADS variaram entre 0.95 a 0.90 na sub-escala da ansiedade e entre 0.75 a 0.85 na sub-escala da depressão, revelando uma elevada consistência interna deste instrumento. McIntyre e colaboradores (1999) demonstrou que na análise factorial a dois factores, o primeiro factor (ansiedade) explica 29.53% da variância total e o segundo factor

(depressão) explica 28.65% da variância total, explicando no seu conjunto mais de 58% da variância total inicial (58.181%).

Posteriormente, num estudo de validação da versão Portuguesa do HADS por Pais e Ribeiro e colaboradores em 2007 a versão portuguesa desta escala designa-se Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. A versão portuguesa da HADS foi estudada em 1322 doentes em doenças como cancro, acidente vascular cerebral, epilepsia, diabetes tipo dois (DM2), doença cardíaca coronária, obesidade mórbida, depressão, distrofia miotónica, apneia do sono, assim como, mais um grupo sem doença como grupo de controlo (Pais-Ribeiro, 2007). Verificou-se que a análise das propriedades psicométricas do HADS nesta amostra, revela uma boa fidelidade do instrumento e o estudo da validade confirmou a estrutura factorial de dois factores preconizados pelos autores e confirmados por outros estudos. O coeficiente de alfa de *Cronbach* do HADS foi de 0.76 na sub-escala da ansiedade e 0.81 na sub-escala da depressão, revelando uma elevada consistência interna. O estudo da versão portuguesa da HADS confirma que é um instrumento fiel e válido para a avaliar a ansiedade e a depressão em contextos médicos e em populações com doença.

### **1.6.3.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo**

Para o presente estudo, o qual visa avaliar a ansiedade e depressão nos sujeitos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica, calculou-se a fidelidade do HADS mediante o cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach* (consistência interna) para o total da escala e para cada sub-escala, à semelhança do procedimento adoptado pelos autores do HADS original. O coeficiente de fidelidade para o HADS total foi de 0.87, evidenciando uma elevada consistência interna do instrumento. As correlações dos itens com o total da escala variam entre 0.35 e 0.68 e os coeficientes do alfa de *Cronbach* se o item for eliminado variam entre os 0.85 e os 0.87.

No que se refere a consistência interna das duas sub-escalas, foi calculado coeficiente de alfa de *Cronbach*, separadamente, como sugerido pelos autores originais. Verificou-se um alfa de 0.83 para a dimensão ansiedade e 0.73 para a dimensão depressão. A análise das correlações dos itens da sub-escala de ansiedade com o total da escala, revelou que os itens apresentam correlações que variam entre 0.46 e os 0.65, os coeficientes do alfa de *Cronbach* se o item for eliminado variam entre os 0.80 e os 0.83. A análise das correlações dos itens da sub-escala de depressão com o total da escala, revelou que os itens apresentam correlações

que variam entre 0.32 e os 0.59, os coeficientes do alfa de *Cronbach* se o item for eliminado variam entre os 0.66 e os 0.73. Os resultados do calculo dos coeficientes de alfa de *Cronbach*, correlações dos itens com o total da escala e o Alfa de *Cronbach* se o item for eliminado, os resultados podem ser consultados no Quadro 3.

**Quadro 3**  
**Consistência Interna do HADS**

	N.º Itens	Alfa <i>Cronbach</i>	Correlação dos itens com o total da escala		Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for eliminado	
			Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
<b>HADS Total</b>	14	0.867	0.354	0.683	0.850	0.868
<b>Ansiedade</b>	7	0,830	0.459	0.654	0.795	0.825
<b>Depressão</b>	7	0,729	0.317	0.593	0.661	0.728

Através da análise dos coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do HADS total e para cada sub-escala, é possível verificar que os valores obtidos são elevados e semelhantes aos obtidos noutros estudos (Gouveia, 2004; McIntyre et al., 1999; Pais-Ribeiro, 2007). Uma melhor consistência interna seria alcançada se fosse eliminado o item “*Sinto-me mais lento ou vagaroso*”, na escala total da HADS e na escala de depressão. Considerando que trata-se de um instrumento reconhecido e validado não se procedeu a nenhuma eliminação.

#### 1.6.4 O Symptom Checklist-90- Revised (SCL-90-R)

O *Symptom Checklist-90 – Revised* (SCL-90-R) de Derogatis (1977, 1983), é um questionário de auto-relato de natureza multidimensional que pretende fazer uma avaliação mais direccionada para os padrões de sintomatologia clínica. (Derogatis, 1983 cit in Soares, 2007). O instrumento é constituído por 90 afirmações que descrevem queixas ou sintomas diversos (Anexo V). É um inventário de auto-resposta que avalia os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas mas também em indivíduos que não se encontram perturbados emocionalmente. Pretende avaliar a presença de psicopatologia, mal-estar psicológico e a existência de *distress*. Tem sido usado no estudo das perturbações psiquiátricas (Machado, Gonçalves, Machado, Henriques, Brandão, Roma-Torres, 2005).

É composto por 90 itens, os itens são cotados a partir de uma escala de *Likert* de cinco pontos, variando de zero (“Nunca”) a quatro (“Extremamente”), que se referem a diferentes níveis de mal-estar. O SCL-90-R é cotado e interpretado em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais. As nove dimensões primárias são: somatização (12 itens), obsessões compulsões (10 itens), sensibilidade interpessoal (9 itens), depressão (13 itens), ansiedade (10 itens), hostilidade (6 itens), ansiedade fóbica (7 itens), ideação paranóide (6 itens) e psicoticismo (10 itens). Para além destas medidas de psicopatologia o SCL-90-R fornece-nos três índices globais de gravidade, medidas complementares que se relacionam com aspectos do mal-estar psicológico e o estatuto psicopatológico geral, representando aspectos diferentes de psicopatologia. Assim, o *Índice geral de sintomas* (IGS) combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade, o *Número de Sintomas positivos* (NSP) indica o número de sintomas presentes e o *Índice de sintomas positivos* (ISP) é uma medida da intensidade ajustada para o número de sintomas presentes.

Quanto às suas características psicométricas, o SCL-90-R apresenta uma boa consistência interna, apresentou níveis de consistência interna avaliados pelo alfa de *Cronbach*, que variam entre 0.84 (Sensibilidade Interpessoal) e 0.90 (depressão). A estabilidade temporal avaliada pelo método de teste-reteste, num intervalo de uma semana, apresentou valores de correlação que variaram entre 0,80 (Hostilidade) e 0,90 (Ansiedade) (Degoratis & Lazarus, 1994, cit. in Soares, 2007). A versão portuguesa deste questionário foi elaborada por Batista (1993), tendo o estudo psicométrico realizado obtido valores elevados de consistência interna, o Alfa de *Cronbach* variou entre 0.74 e 0.97, e a consistência teste-reteste os coeficientes alfa encontrados foram de 0.78 e de 0.90. Confirmou-se a estrutura dimensional derivada clinicamente e foi demonstrada a sua invariância através do sexo (Derogatis & Cleary, 1977, cit in Baptista, 1993). Um estudo de Pereira (2007) verificou que a consistência interna da escala global foi de 0.95 e as diferentes sub-escalas apresentam valores que variam entre 0.63 e os 0.84. Pode-se afirmar que o instrumento apresenta uma boa consistência interna a nível global.

#### **1.6.4.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo**

Para o presente estudo, o qual visa avaliar psicopatologia nos sujeitos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica, calculou-se a fidelidade do SCL-90-R mediante o cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach* para o total da escala e para cada uma das sub-escalas. O

coeficiente de fidelidade para o SCL-90-R com 90 itens foi de 0.963, o que evidencia uma elevada consistência interna do instrumento. No que se refere a consistência interna das nove escalas primárias somatização (SOM), obsessões compulsões (O-C), sensibilidade interpessoal (S-I), depressão (DEP), ansiedade (ANS), hostilidade (HOS), ansiedade fóbica (A-F), ideação paranóide (I-P) e psicoticismo (PSI) foi calculado coeficiente de alfa de *Cronbach*, correlações dos itens com o total da escala e o Alfa de *Cronbach* se o item for eliminado, os resultados podem ser consultados no Quadro 4.

**Quadro 4**  
**Consistência Interna do SCL-90-R**

	N.º Itens	Alfa <i>Cronbach</i>	Correlação dos itens com o total da escala		Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for eliminado	
			Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
<b>SCL-90-R</b>	90	0.963	0.098	0.707	0.962	0.964
<b>SOM</b>	12	0.852	0.391	0.653	0.831	0.848
<b>O-C</b>	10	0.763	0.269	0.579	0.724	0.761
<b>S-I</b>	9	0.839	0.309	0.692	0.806	0.848
<b>DEP</b>	13	0.851	0.307	0.727	0.823	0.851
<b>ANS</b>	10	0.848	0.445	0.621	0.827	0.842
<b>HOS</b>	6	0.634	0.228	0.463	0.556	0.633
<b>A-F</b>	7	0.664	0.179	0.492	0.593	0.671
<b>I-P</b>	6	0.714	0.414	0.514	0.653	0.671
<b>PSI</b>	10	0.750	0.108	0.591	0.702	0.793

Pela análise do Quadro 4 podem verificar caso sejam eliminados alguns itens obtemos uma maior fidelidade do instrumento. Com a eliminação do item “*Acordar muito cedo de manhã*”, obtemos um alfa superior, passa dos 0.963 para os 0.964. Este item não é contabilizado em nenhuma das escalas primárias, mas sim como um item adicional. Pela consulta do quadro é possível verifica-se caso seja eliminado pelo menos um item da escala S-I teria uma maior consistência interna. Assim, se o item “*Sentir-se tímido ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto*”, seja eliminado obtêm-se uma maior validade desta escala, passa dos 0.839 para os 0.848. Também se verifica um ligeiro aumento da consistência interna na escala A-F com a eliminação do item “*Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro*”, dos 0.664 para os 0.671. A mesma situação na escala de PSI que se verifica um ligeiro aumento com da eliminação do item “*Dores de cabeça*”, de um alfa de 0.750 para os

0.793. Apesar da eliminação destes itens conduzir a uma maior fidelidade do instrumento e das escalas utilizou-se neste estudo os mesmos itens da escala da versão original.

### **1.6.5 O Multiphasic Personality Inventory (Mini-Mult)**

A versão original do Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota (MMPI) foi desenvolvida em 1943 por um psicólogo e um neuropsiquiatra (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 2002). O MMPI é um teste de amplo espectro desenhado para avaliar um grande número de padrões de personalidade e perturbações emocionais (Butcher et al., 2002). O *Multiphasic Personality Inventory* (Mini-Mult) consiste numa versão reduzida do MMPI, tendo sido desenvolvido por Kincannon em 1968 no qual foram seleccionados 71 itens como representativos das escalas do MMPI (Lopes, Barreira & Pires, 2001). Apresenta algumas vantagens em relação ao MMPI, apresenta um menor número de itens, com o consequente ganho de tempo e adesão, o MMPI demora em média entre 45-90 minutos a ser administrado (567 itens) e o Mini-Mult sensivelmente 10 minutos. Por outro lado, apresenta menos escalas clínicas e não tem escalas de conteúdo. O Mini-Mult demonstra ter um valor prático para os clínicos, facultando informação clínica essencial e significativa e a investigação empírica. Utilizámos a versão portuguesa deste teste, traduzida por Lopes (1985, cit in Galhordas, 2000) (Anexo VI).

Apresenta as mesmas escalas de validade do MMPI-2, mentira (L), validade (F) e correcção (K). Apresenta menos duas escalas clínicas a introversão social (Si) e a masculinidade-feminilidade (Mf). Sendo assim, o Mini-mult é constituído por oito escalas clínicas, hipocondria (Hs), depressão (D), histeria (Hy), psicopatia (Pd), paranóia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc) e hipomania (Ma). Os resultados do Mini-Mult foram convertidos em notas T que correspondem as notas brutas do MMP-2. As notas brutas foram convertidas em notas T do MMPI-2 versão Espanhola (3ªEd), já que não existe para a população portuguesa. O objectivo é a exploração dos diferentes aspectos da personalidade normal e patológica. No final, a cotação de todas as escalas resulta na elaboração de um gráfico que aponta para a normalidade ou existência de patologia das dimensões acima descritas.

Relativamente as propriedades psicométricas do Mini-Mult na versão portuguesa apesar de existir alguns estudos não existem dados sobre as suas características psicométricas. Na versão original (Kincannon, 1968) a capacidade deste conjunto de itens para prever os

resultados na escala padrão de notas brutas do MMPI, foi estimada ter sofrido apenas uma perda de 9% em fiabilidade e uma perda de 14% no reteste. No que se refere as notas T utilizadas neste estudo a equipa de adaptação espanhola do MMPI-2 (Butcher et al., 2002) calculou a fidelidade utilizando o índice de *Cronbach* com a amostra total de sujeitos (n=1.971), em primeiro lugar, com as 37 variáveis (escalas básicas, de conteúdo e suplementares), tendo-se excluído as escalas de validade. Obteve-se um resultado de 0.91. Posteriormente, realizou-se o cálculo apenas com as escalas básicas e o índice alcançado foi de 0.78. Os valores encontrados podem ser considerados como expressivos e satisfatórios (Butcher et al., 2002).

### 1.6.5.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para o presente estudo, o qual visa avaliar a personalidade a as alterações da personalidade nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica, calculou-se a fidelidade do Mini-Mult mediante o cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach* para o total do Mini-Mult e para cada sub-escala. Foi calculado coeficiente de alfa de *Cronbach*, correlações dos itens com o total da escala e o Alfa de *Cronbach* se o item for eliminado, os resultados podem ser consultados no Quadro 5.

**Quadro 5**  
**Consistência Interna do Mini-Mult**

	N.º Itens	Alfa <i>Cronbach</i>	Correlação dos itens com o total da escala		Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for eliminado	
			Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
<b>Mini-mult</b>	71	0.795	-0.266	0.501	0.785	0.814
<b>L</b>	5	0,486	0.196	0.349	0.347	0.473
<b>F</b>	15	0,614	-0.175	0.466	0.552	0.652
<b>K</b>	16	0.604	-0.003	0.399	0.560	0.625
<b>Hs</b>	14	0.260	-0.232	0.280	0.159	0.344
<b>D</b>	20	0,339	-0,146	0,315	0,265	0,388
<b>Hy</b>	26	0,389	-0,081	0,261	0,342	0,418
<b>Pd</b>	18	0,516	-0,204	0,431	0,445	0,569
<b>Pa</b>	14	0,430	-0,312	0,374	0,364	0,548
<b>Pt</b>	15	0,536	-0,288	0,436	0,475	0,621
<b>Sc</b>	21	0,565	-0,288	0,475	0,512	0,650
<b>Ma</b>	12	0,679	0,133	0,501	0,628	0,688

O coeficiente de fidelidade para o Mini-mult com 71 itens foi de 0.795, o que evidencia uma boa consistência interna do instrumento. No que se refere a consistência interna das três escalas de validade, mentira (L), incoerência/validade (F) e correção (K) e as oito clínicas, hipocondria (Hs) depressão (D), histeria (Hy), psicopatia (Pd), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc) e hipomania (Ma), como podemos verificar pela análise do Quadro 5 algumas escalas clínicas tem uma consistência interna baixa, nomeadamente a Hs, D e Hy. Foram encontradas correlações negativas com os totais das escalas. Pela análise do Quadro 5 podem verificar caso sejam eliminados alguns itens obtemos uma maior fidelidade do instrumento. Com a eliminação do item “*Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me só a maior parte do tempo*”, obtemos um alfa superior, passa dos 0.795 para os 0.814. No que se refere as escalas validade, na escala F também se obtêm uma consistência interna superior com a eliminação de três itens (20,61e 64). No que refere a escala K existem quatro itens (40, 41, 43 e 64).

Foi encontrado um alfa de *Cronbach* baixo para as escalas Hs, D e Hy. A escala Hs ficou-se pelos 0.260. Através da eliminação de quatro itens (18, 32, 44 e 68), seria possível obter uma maior validade do instrumento. A escala D ligeiramente superior ficou-se pelos 0.339. Através da eliminação de seis itens (1, 2, 3, 28, 37 e 42), seria possível obter uma maior consistência interna. Na escala Hy foi obtido igualmente uma consistência interna baixa (0,389), através da eliminação de cinco itens (9, 18, 41, 44 e 62). Na escala de psicopatia os itens são seis (3,16, 28, 35,41, 65). Na escala Pa os itens são quatro (28, 63,64 e 66). Na escala Pt os itens são quatro (2,3,42 e 66). Na escala Sc os itens são oito (3,16, 26, 42, 46, 63, 64 e 66). Finalmente na escala Ma os itens são apenas dois (43 e 60). Com o Mini-Mult os itens não são contabilizados apenas para uma escala, apesar de poder obter-se uma consistência interna superior ao não contabilizar itens para determinadas escalas manteve-se a versão original proposta pela autor. Para além que através da eliminação de itens não existia notas T para conversão.

### **1.6.6 Ways of Coping Questionnaire (WCQ)**

O *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) (Folkman & Lazarus, 1988) é um questionário que contém uma grande variedade de pensamentos e actos que as pessoas utilizam para lidar com as exigências internas e/ou externas de *stress* específicos (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). É um dos questionários mais utilizados

para avaliar as estratégias de *coping* que as pessoas utilizam para lidar com situações *stressantes* específicas em adultos em geral (Pais-Ribeiro, 2007). Os itens do questionário foram concebidos para serem respondidos relativamente a um acontecimento de *stress* específico (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

Apesar de o WCQ ter sido pensado para ser auto-administrado, pode ser feita uma entrevista prévia à sua aplicação para ajudar o indivíduo a reconstruir o acontecimento *stressante* focado. Dependendo dos objectivos da pesquisa, a entrevista pode ir desde um breve sumário sobre o acontecimento a uma exploração mais exaustiva do seu conteúdo (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Questionar o indivíduo acerca do acontecimento (quem estava envolvido e o que é que aconteceu) pode ajudar o investigador a assegurar-se que a resposta se refere a um acontecimento específico e não a uma condição generalizada. A medição é, portanto, contextual, orientada por um processo e transaccional. Os autores defendem que não se pergunta o que é que a pessoa pode ter pensado ou feito, ou o que é que habitualmente faz, mas o que é que realmente fez ou pensou num contexto particular (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). A definição do acontecimento é um factor decisivo na administração apropriada do WCQ. O acontecimento focado pode ser definido pelo investigador, quando pretende explorar uma questão específica (p. ex., *coping* com um determinado diagnóstico médico) ou, pode ser seleccionado pelo indivíduo. Neste caso, o investigador terá que se assegurar que o indivíduo focou um acontecimento específico (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Neste estudo os indivíduos escolhiam o acontecimento *stressante*.

Os indivíduos respondem a cada item numa escala ordinal de 4 pontos, indicando com que frequências usam cada estratégia: 0- nunca usei; 1- Usei de alguma forma; 2- Usei algumas vezes; 3- Usei muitas vezes. O WCQ pode ser consultado no Anexo VII: *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ). Existem dois métodos de pontuar os questionários: pontuações absolutas e relativas. As pontuações absolutas são o somatório das respostas dos sujeitos dos itens que compõem uma escala. Este método sumaria em que medida cada tipo de *coping* foi usado num acontecimento particular. O método de pontuações relativas descreve a contribuição de cada escala relativamente a todas as escalas combinadas. Consiste em calcular a pontuação média por item de uma dada escala, dividindo o somatório das pontuações dessa escala pelo número de itens que a compõem. Portanto, a pontuação absoluta descreve os esforços de *coping* em cada um dos oito tipos de *coping*, a pontuação relativa descreve a proporção do esforço representado por cada tipo de *coping* (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

Devido a inúmeras dificuldades encontradas com a praticabilidade dos questionários os autores recorreram a métodos empíricos para completar e identificar variedades de *coping*

que tinham desenvolvido com base na sua teoria. Com base em vários estudos e após análise factorial os autores adoptaram a subdivisão da escala em oito subescalas de *coping* (Folkman & Lazarus, 1986). Segundo a teoria de *coping* de Lazarus e Folkman (Lazarus, 1992) a maior parte das pessoas recorre a cerca de oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de *stress*, *Coping* Confrontativo (Cc), descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco. Distanciamento (Dt), descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação. Auto-controlo (Ac), descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções. Procura de Suporte Social (Pss), descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional. Aceitar a Responsabilidade (Ar), consiste no reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor a situação. Fuga-Evitamento (Fe), descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Resolução Planeada do Problema (Rpp), descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica da solução do problema. Reavaliação Positiva (Rp), descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa. (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

Relativamente as suas propriedades psicométricas no estudo de revisão do WCQ, numa amostra de 85 casais, no qual foram entrevistados uma vez por mês durante seis meses no sentido de analisar o funcionamento da relação entre processos cognitivos e estratégias de *coping* no relacionamento conjugal, encontraram bons níveis de confiança nas oito estratégias de *coping* (*coping* confrontativo alfa=0,70; distanciamento alfa=0,61; auto-controlo alfa=0,70; procura de suporte social alfa=0,76; aceitar a responsabilidade alfa=0,66; fuga-evitamento alfa=0,72; resolução planeada do problema alfa=0,68 e reavaliação positiva alfa=0,79) (Folkman, 1988). A versão portuguesa do WCQ, foi adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Santos (2001), tendo sido reduzido o número de itens para 48. No estudo de adaptação para a população portuguesa numa amostra de 98 trabalhadoras por turnos do sexo feminino, assim como na versão original obteve-se bons níveis de confiança nas oito estratégias de *coping* (*coping* confrontativo alfa=0.52; distanciamento alfa=0.61; auto-controlo alfa=0.67; procura de suporte social alfa=0.79; aceitar a responsabilidade alfa=0.57; fuga-evitamento alfa=0.67; resolução planeada do problema alfa=0.76 e reavaliação positiva alfa=0.83) (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

### 1.6.3.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para o presente estudo, o qual visa avaliar as estratégias de *coping* nos sujeitos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica, verificou-se a consistência interna do WCQ mediante o coeficiente de alfa de *Cronbach* para o total do WCQ e para cada sub-escala. O coeficiente de fidelidade para o WCQ com 48 itens foi de 0.948, o que evidencia uma boa consistência interna do instrumento. No que se refere a consistência interna das oito estratégias de *coping* foi calculado coeficiente de alfa de *Cronbach*, correlações dos itens com o total da escala e o Alfa de *Cronbach* se o item for eliminado, os resultados podem ser consultados no Quadro 6.

**Quadro 6**  
**Consistência Interna do WCQ**

	N.º Itens	Alfa <i>Cronbach</i>	Correlação dos itens com o total da escala		Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for eliminado	
			Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
<b>WCQ Total</b>	48	0,948	0,326	0,731	0,946	0,949
<b><i>Coping</i> Confrontativo</b>	6	0,762	0,421	0,650	0,729	0,747
<b>Auto-controlo</b>	7	0,746	0,209	0,557	0,696	0,771
<b>Procura de Suporte Social</b>	7	0,777	0,357	0,587	0,731	0,777
<b>Assumir a Responsabilidade</b>	3	0,808	0,599	0,696	0,696	0,796
<b>Resolução Planeada do Problema</b>	6	0,814	0,387	0,695	0,756	0,825
<b>Distanciamento</b>	5	0,799	0,495	0,672	0,734	0,786
<b>Fuga-evitamento</b>	7	0,685	0,264	0,501	0,619	0,683
<b>Reavaliação Positiva</b>	7	0,771	0,330	0,605	0,718	0,778

Pela análise do Quadro 6 podem verificar que todas as escalas apresentam uma boa consistência interna. No entanto caso sejam eliminados alguns itens obtemos uma maior fidelidade do instrumento. Com a eliminação do item “*Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse*”, obtemos um alfa superior (0.949). Em algumas escalas de estratégias de *coping* verifica-se a mesma situação. Na escala *Coping* Confrontativo poderia ser eliminado o item “*Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa*”. Na escala Auto-controlo o item “*Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso*”. Na escala Resolução Planeada do Problema os itens “*Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo*” e “*Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvido em situações semelhantes*”. Finalmente na escala

Reavaliação Positiva o item “*Rezei*”. Apesar da eliminação destes itens conduzir a uma maior fidelidade do instrumento e das escalas utilizou-se neste estudo os mesmos itens da escala da versão original portuguesa.

### **1.6.7 Inventário Clínico de Auto-conceito (ICAC)**

O Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) (Serra, 1985b) de Vaz Serra é um instrumento aferido para a população portuguesa que se destina a avaliar os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito, já que estes são considerados os mais importantes no ajustamento social (Serra, 1986b). Sendo o auto-conceito um fenómeno íntimo e pessoal, estas escalas são, necessariamente, de auto-administração, auto-avaliação e não de avaliação por um observador externo (Serra, 1986b). O ICAC poderá fornecer indicações que podem ser úteis numa intervenção psicoterapêutica, pode revelar o auto-conceito do indivíduo e informar sobre as áreas de maior vulnerabilidade. A sua utilização está particularmente indicada para analisar indivíduos com perturbações emocionais (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995).

O ICAC é uma escala subjectiva de auto-avaliação, composta por 20 itens, numa escala tipo *Likert*, “não concordo”, “concordo pouco”, “concordo moderadamente”, “concordo muito”, e “concordo muitíssimo” com uma pontuação mínima de 1 e uma máxima de 5, apresentando-se a pontuação revertida nas afirmações negativas. O ICAC pode ser consultado no Anexo VIII: Inventário Clínico de Auto-conceito (ICAC). Quanto melhor for o auto-conceito do indivíduo, maior a pontuação total obtida, podendo esta variar de um mínimo de 20 a um máximo de 100 pontos. Importa salientar que alguns itens (3, 12, 18) foram elaborados de forma negativa, pelo que a sua pontuação deverá ser invertida, mantendo o mesmo princípio de que uma maior pontuação exprime um auto-conceito mais elevado. Além da pontuação total, permite calcular ainda seis factores de auto-conceito. A aceitação social e a auto-eficácia são os que definem melhor como um indivíduo se percebe a si próprio (Serra, 1986b), no entanto da escala podemos avaliar seis factores:

- Factor 1: Factor de Aceitação/Rejeição Social (1; 4; 9; 16 e 17), Tem um duplo sentido de variação, tanto pode ser positivo como negativo, avalia como o próprio nome indica, a percepção do indivíduo em se sentir aceite ou não socialmente;

- Factor 2 – denominado de Factor de Auto-Eficácia (3; 5; 8; 11; 18 e 20), avalia a percepção de capacidade em enfrentar e resolver problemas e dificuldades de forma competente. Assim, os valores altos indicam independência e os baixos dependência;
- Factor 3 – denominado de Factor de Maturidade Psicológica (2; 6; 7 e 13), é considerado um factor de auto-afirmação, que traduz sentido de responsabilidade, de tolerância pelos outros, de franqueza na expressão das opiniões e gosto pela verdade;
- Factor 4 – denominado de Factor de Impulsividade-Actividade (10; 15 e 19), de mais difícil caracterização, avalia principalmente a iniciativa do indivíduo para colocar em prática uma ideia ou acção;
- Factor 5 e 6 – de carácter misto, sem qualquer denominação nem classificação, pelo autor

(Serra, 1986b)

No estudo de validação desta escala participaram 920 elementos que serviu para a construção do inventário e com o objectivo de avaliar a consistência interna foi utilizado o coeficiente de *Spearman-Brown*. O coeficiente nos 920 sujeitos foi de 0.791, podendo ser considerado bastante elevado, considerando o número de casos. Com o intuito de conhecer a sua consistência na estabilidade temporal foi usado o teste/reteste. O tempo que mediou entre o primeiro e o segundo teste, na mesma pessoa foi de pelo menos um mês. Este traduziu-se por um coeficiente de correlação de 0.838 para 108 elementos, o que revela uma boa consistência interna e estabilidade temporal (Serra, 1986b). A correlação entre uma classificação pessoal de auto-conceito e a nota global da escala (n=920) foi de 0.466, revelando-se positiva e significativa, o que é sugestivo de uma boa validade do constructo (Almeida, et al., 1995; Serra, 1986b). Os itens que constituem o inventário revelam um bom poder discriminatório, não sendo sensíveis a diferenças de sexo (Serra, 1986b). Os resultados obtidos nos diversos trabalhos em que este inventário foi utilizado estão em consonância com o que está referido na literatura e confirmam que o ICAC é um instrumento com ótimos níveis de validade e fidelidade, sensível ao bom ou mau ajustamento do indivíduo (Rocha, 2009).

### 1.6.7.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para o presente estudo, o qual visa avaliar o auto-conceito nos sujeitos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica, verificou-se a consistência interna do ICAC mediante o coeficiente de *Spearman-Brown* a semelhança do procedimento adoptado pelo autor do ICAC. O coeficiente de *Spearman-Brown* para o ICAC total foi de 0.842, evidenciando uma elevada consistência interna do instrumento. As correlações dos itens com o total da escala variam entre 0.167 e 0.671 e os coeficientes do alfa de *Cronbach* se o item for eliminado variam entre os 0.827 e os 0.848, no qual estão cinco itens com um alfa superior a 0.842. No que se refere a consistência interna dos quatro factores foi calculado coeficiente de alfa de *Cronbach*, correlações dos itens com o total da escala e o Alfa de *Cronbach* se o item for eliminado, os resultados podem ser consultados no Quadro 7.

**Quadro 7**  
**Fidelidade do ICAC**

	N.º Itens	Alfa <i>Spearman- Brown</i>	Correlação dos itens com o total da escala		Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for eliminado	
			Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
<b>ICAC</b>	20	0.842	0.167	0.671	0.827	0.848
<b>Aceitação/Rejeição social</b>	5	0.649	0.319	0.577	0.576	0.700
<b>Auto-eficácia</b>	6	0.652	0.095	0.439	0.434	0.588
<b>Maturidade Psicológica</b>	4	0.639	0.235	0.435	0.455	0.617
<b>Impulsividade – actividade</b>	3	0.583	0.305	0.451	0.332	0.601

Poderia se ponderar a eliminação de alguns itens, no sentido de obter uma maior consistência interna do instrumento, no entanto já trata-se de uma escala com apenas 20 itens e no qual alguns factores têm um reduzido número de itens. Através da análise dos coeficientes de consistência interna de *Spearman-Brown* do ICAC total e dos quatro factores principais foi possível verificar valores elevados e semelhantes ao estudo original (Serra, 1986b).

## 1.7 Procedimentos Estatísticos

Após a colheita dos dados, estes foram lançados numa base de dados informática e processados pelo programa estatístico (SPSS versão 14). No decorrer da investigação, foram explorados os resultados, dos sete instrumentos, de forma crítica e analítica, tendo em vista a recolha de dados que nos permitam efectuar um estudo transversal, epidemiológico, descritivo e correlacional dos pacientes seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica. No sentido de caracterizar a nossa amostra foi realizada uma análise descritiva de frequências, médias, desvios padrão, modas, medianas, valores mínimos e máximos, e *scores* de todas as variáveis, no sentido de verificar onde existem maiores diferenças e quais são as variáveis que assumem um papel de relevo, para futuros testes nas análises exploratórias. A normalidade foi verificada para todas as variáveis com testes de qualidade do ajuste Kolmogorov-Sminov, para situações em que a amostra era inferior a 30 foram realizados testes de normalidade de Kolmogorov-Sminov com correcção Lilliefors. Os resultados dos testes revelaram que algumas variáveis seguem uma distribuição normal, mas na sua maioria apresentam uma distribuição não normal, assim foram realizados testes paramétricos e não paramétricos em função das variáveis.

Foram realizados testes de correlação paramétricos e testes de associação não paramétricos. Para as variáveis que seguem uma distribuição normal foi calculado o coeficiente de correlação momento produto de *Pearson*. Para as restantes variáveis que não cumpriam o pressuposto da normalidade foram realizados testes correlação ordinal de *Spearman*. Este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição nem à presença de *outliers*, não exigindo que os dados provenham de duas populações normais. Para a comparação de médias entre as diversas variáveis efectuaram-se os testes *Mann-Wihtney*, *Kruskal-Wallis*. A consistência interna dos instrumentos de avaliação foi avaliada por meio do coeficiente alfa de *Cronbach* e do coeficiente alfa de *Spearman-Brown*. Para o presente estudo calculou-se a fidelidade da HADS, SCL-90-R, WCQ e Mini-Mult mediante coeficiente de Alfa de *Cronbach* para todas as escalas e sub-escalas. Para o ICAC calculou-se o coeficiente *Spearman-Brown* para o auto-conceito total e seus factores.

## **CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo realiza-se a apresentação dos resultados. Inicialmente é realizada uma caracterização clínica dos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica, de modo a dar respostas aos objectivos desta investigação. Num segundo momento, os resultados apresentados referem-se às análises estatísticas dos dados recolhidos, organizados no sentido de dar respostas às questões de investigação e testar as hipóteses formuladas. Finalmente, apresentamos os resultados relativos às análises exploratórias.

### **2.1 Obesidade e Morbilidade Psicológica**

No sentido de caracterizar a morbilidade psicológica nos obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica foi realizada uma análise no sentido de verificar a existência de psicopatologia e a mais prevalente através da administração do HADS e SCL-90-R, alterações da personalidade através do (Mini-Mult). Estes três instrumentos mais vocacionados para a avaliação de psicopatologia eixo I e Eixo II são bons auxiliares na elaboração de um diagnóstico, apesar da pontuação da gravidade dos sintomas obtida pelas escalas não deve ser transformada em diagnóstico, uma vez que esses instrumentos avaliam apenas a intensidade dos sintomas e não substituem as entrevistas clínicas de diagnóstico. Foram também avaliados aspectos emocionais e sociais de auto-conceito através do ICAC e uma análise descritiva das estratégias de *coping* através do WCQ.

Os obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica apresentam valores de ansiedade e depressão com a utilização da HADS dentro dos valores normais. Para a escala total da HADS foi encontrado um valor médio de 14.29 (DP=7,81), para a escala de depressão de 6.24 (DP=3,87) e para escala de ansiedade 8.24 (DP=4,68). Para a interpretação clínica dos resultados da HADS foi proposto que um valor de corte igual ou superior a 15 para o total do HADS como indicador de perturbação emocional significativa (Ibbotson et al., 1994). E um resultado igual ou superior a 11 como indicador da presença de ansiedade ou depressão (Carroll et al., 1993). Também foi realizada uma análise da ansiedade e da depressão de acordo com os autores da HADS, classificadas como “normal” (0-7), “leve” (8-10), “moderada” (11-15) e “severa” (16-21). Segundo esta classificação os obesos seleccionados e aguardar cirurgia apresentam sintomatologia leve de ansiedade. Os resultados podem ser consultados no Quadro 8.

### Quadro 8

#### Distribuição da Média e Desvio Padrão das Sub-escalas de Ansiedade e Depressão do HADS (N=218)

	Média	Desvio Padrão	Normal % (n=<7)	Leve % (n>= 8)	Moderado % (n>10)	Severa % (n>=16)
<b>HADS total</b>	14.29	7.83				
<b>Ansiedade</b>	8.24	4.68	47,25%	52,75%	31,19%	8,26%
<b>Depressão</b>	6.05	3.87	68,04%	31,51%	12,84%	2,75%

Como podemos verificar pela análise do Quadro 8 a maior parte da amostra não apresenta sintomatologia depressiva (68,04%). O resultado da ansiedade encontra-se numa zona *borderline*. Uma grande percentagem da amostra apresenta sintomatologia moderada de ansiedade (31.19%). Apenas 12.84% apresentam sintomatologia depressiva. Ainda assim, valores bem acima dos valores de referencia do DSMIV-TR. Os casos de ansiedade e depressão severa são em reduzido número, depressão 2.75% e ansiedade 8.26%.

Relativamente aos resultados do SCL-90-R também apontam que os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica não apresentam sintomatologia depressiva ou ansiosa. No entanto verifica-se a mesma situação, elevadas percentagens de ansiedade e depressão. Com o SCL-90-R segue-se uma tendência inversa com mais casos de depressão do que ansiedade. Verifica-se que 32.4% apresentam sintomatologia depressiva e 20.1% ansiosa. Os resultados podem ser consultados no Quadro 9.

### Quadro 9

#### Distribuição da Média e Desvio Padrão das Sub-escalas e Índices de Gravidade Geral do SCL-90-R (N=218)

	SOM	O-C	S-I	DEP	ANS	HOS	A-F	I-P	PSI	GSI	TSP	ISP
<b>M</b>	1.33	0.96	1.07	1.12	0.89	0.66	0.50	1.24	0.46	0.96	44.27	1.86
<b>DP</b>	0.72	0.61	0.75	0.69	0.67	0.53	0.52	0.48	0.49	0.53	17.73	0.45
<b>Pontos de corte</b>	1.14	1.47	1.26	1.40	1.36	1.19	0.98	1.25	0.76	1.23		
<b>% Acima do ponto de corte</b>	56.9	19.6	35.3	32.4	20.1	12.3	16.4	45.7	21.0	29.6		

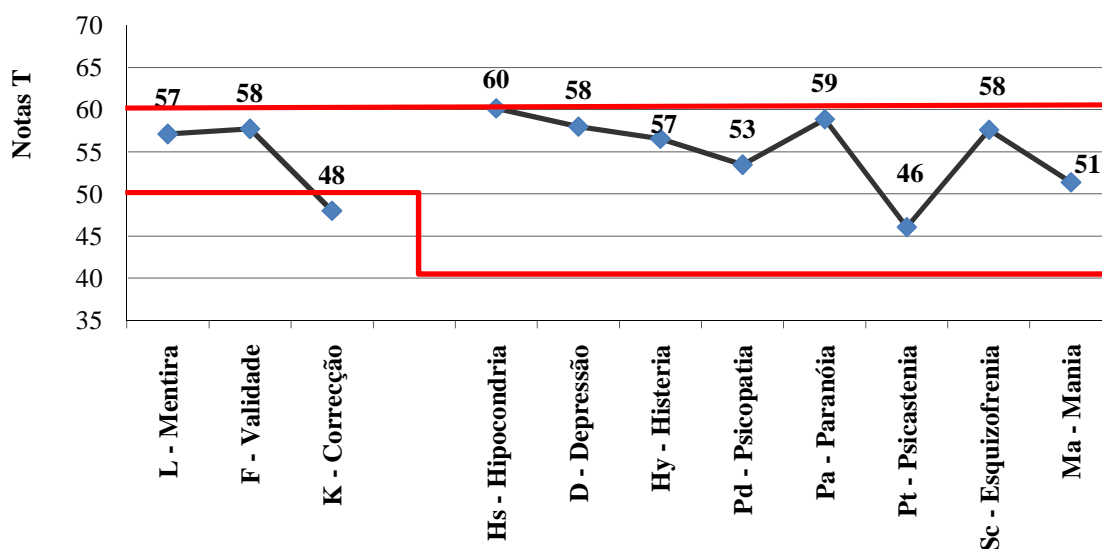
Pela análise do Quadro 9 podemos verificar que a escala de somatização ultrapassa o valor do ponto de corte. Assim como, 35.3% dos sujeitos apresentam uma elevada sensibilidade interpessoal e 45.7% apresentam uma elevação na escala de ideação paranóide. Finalmente, verifica-se que 29.6% ultrapassa os valores desejados no IGS. Desta forma

verifica-se que os obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica apresentam *distress* associado a funções corporais. Foi realizado um teste de correlação ordinal de *Spearman* para verificar se existia alguma associação entre o aparecimento de um problema de saúde e a somatização, verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o aparecimento de um problema de saúde e a somatização ( $r_s = -21,8$ ,  $n = 218$ ,  $\rho \leq 0,01$ ).

No sentido de avaliar a personalidade foi utilizado Mini-Mult e o MMPI-2, foi administrado o Mini-Mult e os seus resultados foram transformados em notas T do MMP-2. A análise dos resultados obtidos nas escalas de validade do Mini-Mult permite verificar que se trata de um perfil válido. A escala de dúvida indica que os pacientes cooperaram na tarefa e que os resultados são válidos. É encontrado um valor de respostas omissas de 0.19, inferior a uma pergunta para cada sujeito, foram encontrados apenas 22 sujeitos que não responderam a pelo menos a uma pergunta. A pontuação obtida na escala de mentira (L) é normal (T=57) o que revela que a amostra não está a tentar dar uma imagem falsa de si, existindo um balanceamento adequado entre a admissão e a negação de faltas sociais menores. Na escala de validade/incoerência (F) o resultado encontrado também é normal (T=58). Na escala de correcção (K) o valor encontrado encontra-se numa zona fronteira (T=48), mas dentro do desvio padrão (DP=11,13). Os valores normais para a escala K variam entre os 50 e os 59 (notas T), sendo que valores inferiores a 50 são sugestivos de exagero dos próprios desajustes ou possuem poucos recursos para o mal-estar que é admitido abertamente e que estão a solicitar apoio.

O Índice de Simulação (F-K) desenvolvido por Gough (1947, cit in Butcher et al., 2002) é uma média útil para explorar a simulação ou o exagero dos próprios desajustes. Valores superiores a 15 são sugestivos de um possível fingimento ou há excesso de auto-percepção de problemas psicológicos e um valor inferior a -15 são sugestivos de uma possível ocultação ou negação dos sintomas (Butcher et al., 2002). Nesta amostra verifica-se um índice de simulação de -3,03 (DP=9,12), apresenta um valor mínimo de -25 e máximo 21. Apesar de existirem indivíduos que exageraram e que ocultaram sintomas o valor médio de -3 do índice de simulação torna um perfil válido da amostra. Os resultados apontam que os obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica não apresentam alterações da personalidade. Os resultados podem ser consultados no Gráfico XIX.

Gráfico XIX: Perfil Mini-Mult dos obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica.



Como podemos verificar pela análise do gráfico os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia apresentam valores dentro dos parâmetros normais. No entanto existem quatro escalas clínicas que se encontram na zona fronteira, hipocondria, depressão, paranóia e a esquizofrenia. A escala de hipocondria apresenta uma nota T igual a 60, valores compreendidos entre os 60 e os 80 são sugestivos de preocupações somáticas, reacção exigente a qualquer problema real, exacerbação de problemas físicos, problemas do sono, falta de energia, exigente, insatisfeito e com queixas múltiplas (Butcher et al., 2002). Na escala de depressão foi encontrada uma nota T de 58, existindo muitas das vezes uma continuidade entre traços de personalidade depressivos e um estado de humor depressivo esta elevação desta escala reflecte as percentagens elevadas de depressão com o SCL-90-R. Relativamente a escala de paranóia foi encontrado um valor médio de 59, valores compreendidos entre os 50 e os 59 são sugestivos de uma elevada sensibilidade, suspeição, ressentimento e ausência de controlo emocional (Butcher et al., 2002). Uma nota T de 59 na escala de paranóia reflecte uma maior elevação da sensibilidade interpessoal dos obesos, quer nesta escala como na escala de sensibilidade interpessoal do SCL-90-R. Revela-se consistente uma maior sensibilidade interpessoal nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica. Para a escala de esquizofrenia foi encontrado um valor de 58, esta elevação nesta escala não se deve a alterações do pensamento mais sim a um maior isolamento das interacções sociais.

Para analisar a relação entre psicopatologia do eixo I e do Eixo II recorreremos a testes não paramétricos e paramétricos. Para as variáveis que seguem uma distribuição normal (hipocondria, psicopático, hipomania, ansiedade Hads, somatização, obsessivo compulsivo, ideação paranóide, TSP, ISP) foi calculado o coeficiente de correlação momento produto de

*Pearson*. Para as restantes variáveis em que pelo menos uma variável não cumpria o pressuposto da normalidade foram realizados testes correlação ordinal de *Spearman*. Foram encontradas correlações ou associações moderadas e altas. Os resultados das correlações podem ser consultados no Quadro 10.

**Quadro 10**  
**Resultados da Correlação entre a Psicopatologia do Eixo I e Eixo II (N=218)**

		Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
HADS	Ansiedade	<b>0,150*</b>	<b>0,679**</b>	<b>0,506**</b>	<b>0,175**</b>	<b>0,644**</b>	<b>0,565**</b>	0,097	0,114
	Depressão	0,096	<b>0,649**</b>	<b>0,473**</b>	0,076	<b>0,459**</b>	<b>0,515**</b>	0,011	0,090
	Total	0,129	<b>0,720**</b>	<b>0,534**</b>	<b>0,136*</b>	<b>0,613**</b>	<b>0,583**</b>	0,063	0,108
SCL-90-R	Somatização	0,106	<b>0,537**</b>	<b>0,487**</b>	0,060	<b>0,462**</b>	<b>0,354**</b>	0,023	0,041
	O-C	0,067	<b>0,658**</b>	<b>0,335**</b>	0,093	<b>0,503**</b>	<b>0,479**</b>	0,037	0,015
	S-I	-0,001	<b>0,535**</b>	<b>0,294**</b>	0,113	<b>0,479**</b>	<b>0,469**</b>	0,012	<b>0,144*</b>
	Depressão	0,047	<b>0,658**</b>	<b>0,459**</b>	0,098	<b>0,627**</b>	<b>0,505**</b>	0,072	0,108
	Ansiedade	0,055	<b>0,650**</b>	<b>0,493**</b>	<b>0,167*</b>	<b>0,607**</b>	<b>0,511**</b>	0,110	<b>0,142*</b>
	Hostilidade	-0,033	<b>0,484**</b>	<b>0,306**</b>	0,002	<b>0,436**</b>	<b>0,333**</b>	0,040	0,084
	A- Fóbica	0,085	<b>0,537**</b>	<b>0,384**</b>	0,098	<b>0,515**</b>	<b>0,470**</b>	0,038	0,072
	P - P	0,029	<b>0,442**</b>	<b>0,247**</b>	0,092	<b>0,539**</b>	<b>0,307**</b>	0,031	0,079
	Psicoticismo	0,004	<b>0,492**</b>	<b>0,292**</b>	0,104	0,503	<b>0,454**</b>	0,051	<b>0,135*</b>
	TSP	0,065	<b>0,615**</b>	<b>0,411**</b>	0,126	<b>0,561**</b>	<b>0,512**</b>	0,065	<b>0,148*</b>
	ISP	0,097	0,512**	0,376**	0,057	<b>0,508**</b>	<b>0,347**</b>	0,021	-0,009
	GSI	0,057	0,674**	0,473**	0,124	<b>0,629**</b>	<b>0,525**</b>	0,059	0,111

\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

\*\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,01$ )

Como podemos verificar pela análise do Quadro 10 elevações nas escalas de personalidade do Mini-Mult depressão, histeria, psicastenia e paranóia estão associadas com uma maior presença de psicopatologia do eixo I, sendo essa associação moderada.

No que se refere ao auto-conceito os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica apresentam um auto-conceito dos aspectos emocionais e sociais dentro dos valores considerados normais ( $M=74.91$ ,  $DP=8,10$ ;  $R=99-40$ ). Os valores de referência para a baixa etária entre os 20 e 29 anos, para o ICAC total é 72.29 e para a faixa dos 40 e os 59 anos é 70.39. Existem diferenças entre homens e mulheres o valor médio referido para as mulheres é 72 e para os homens 72.5. Os resultados podem ser consultados no Quadro 11.

### Quadro 11

#### Distribuição da Média e Desvio Padrão do Total do ICAC e seus Factores (N=218)

	Auto-conceito Total	Aceitação/Rejeição Social	Auto- eficácia	Maturidade Psicológica	Impulsividad e /actividade
<b>Media (M)</b>	74,91	18,40	22,23	14,65	11,30
<b>Desvio Padrão (DP)</b>	8,10	2,61	2,93	2,30	1,68
<b>Moda</b>	80	20	23	16	12
<b>Mediana</b>	76	19	23	15	12
<b>Mínimo</b>	40	8	12	7	4
<b>Máximo</b>	99	25	30	20	15

Na análise dos valores médios do total do ICAC e dos seus factores, os nossos resultados são ligeiramente superiores aos apresentados pelo autor (Serra, 1986b), sugerindo que os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica apresentam um bom auto-conceito social e emocional.

Como já foi demonstrada pela elevação do IGS e da escala de somatização os obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica apresentam níveis elevados de *distress*. As estratégias de *coping* para lidar com o *stress* foram avaliadas através do WCQ. Os resultados podem ser consultados no Quadro 12.

### Quadro 12

#### Distribuição da Média e Desvio Padrão do WCQ e suas Sub-escalas (N=218)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Escala Total</b>	1,078	0,576	0	2,667
<b>Reavaliação Positiva</b>	1,265	0,679	0	3,000
<b>Resolução Planeada</b>	1,200	0,786	0	3,000
<b>Procura Suporte Social</b>	1,124	0,715	0	2,857
<b>Auto-controlo</b>	1,106	0,715	0	2,714
<b>Fuga-evitamento</b>	0,998	0,598	0	2,857
<b>Coping Confrontativo</b>	0,972	0,728	0	2,833
<b>Assumir Responsabilidades</b>	0,853	0,931	0	3,000
<b>Distanciamento</b>	0,794	0,780	0	2,800

Como podemos verificar pela análise do Quadro 12 os seus valores médios variam entre 0.972 e 1.265. Verifica-se que quatro estratégias de *coping* apresentam uma frequência superior a média da escala total do WCQ sendo estas as mais utilizadas para lidar com o *stress*, a reavaliação positiva, resolução planeada, procura de suporte social e auto-controlo.

No sentido de verificar o rigor das respostas aos instrumentos de avaliação foram realizados testes *Spearman* e *Pearson* da morbilidade psicológica com as escalas de validade do Mini-Mult e com o índice de simulação. Os resultados podem ser consultados no Quadro 13.

### Quadro 13

#### Correlações das Escalas de Validade do Mini-Mult com as Escalas Clínicas (N=218)

N= 218	L (Mentira)	F (Incoerência)	K (Correcção)	F-K (Índice de simulação)
HADS Total	<b>-0,299**</b>	<b>0,577**</b>	<b>-0,306**</b>	<b>0,498**</b>
HADS Depressão	<b>-0,260**</b>	<b>0,375**</b>	<b>-0,229**</b>	<b>0,362**</b>
HADS Ansiedade	<b>-0,296**</b>	<b>0,529*</b>	<b>-0,322**</b>	<b>0,535**</b>
SCL Somatização	<b>-0,177**</b>	<b>0,405**</b>	<b>-0,225**</b>	<b>0,367**</b>
SCL Obsessivo Compulsivo	<b>-0,294**</b>	<b>0,415**</b>	<b>-0,341**</b>	<b>0,438**</b>
SCL Sensibilidade Interpessoal	<b>-0,366**</b>	<b>0,349**</b>	<b>-0,337**</b>	<b>0,400**</b>
SCL Depressão	<b>-0,339**</b>	<b>0,496**</b>	<b>-0,413**</b>	<b>0,529**</b>
SCL Ansiedade	<b>-0,284**</b>	<b>0,515**</b>	<b>-0,421**</b>	<b>0,554**</b>
SCL Hostilidade	<b>-0,317**</b>	<b>0,467**</b>	<b>-0,399**</b>	<b>0,518**</b>
SCL Ansiedade Fóbica	<b>-0,162*</b>	<b>0,363**</b>	<b>-0,262**</b>	<b>0,372**</b>
SCL Ideação Paranóide	<b>-0,364**</b>	<b>0,499**</b>	<b>-0,421**</b>	<b>0,536**</b>
SCL psicoticismo	<b>-0,302**</b>	<b>0,445**</b>	<b>-0,355**</b>	<b>0,464**</b>
SCL GSI	<b>-0,341**</b>	<b>0,533**</b>	<b>-0,422**</b>	<b>0,559**</b>
SCL TSP	<b>-0,367**</b>	<b>0,470**</b>	<b>-0,380**</b>	<b>0,492**</b>
SCL ISP	<b>-0,174**</b>	<b>0,463**</b>	<b>-0,340**</b>	<b>0,480**</b>
Mini-Mult Hipocondria	0,083	0,107	0,119	-0,018
Mini-Mult Depressão	<b>-0,211**</b>	<b>0,567**</b>	<b>-0,187**</b>	<b>0,465**</b>
Mini-Mult Histeria	-0,053	<b>0,334**</b>	<b>0,158*</b>	<b>0,138*</b>
Mini-Mult Desvio Psicopatia	-0,041	<b>0,138*</b>	-0,057	0,131
Mini-Mult Paranóia	<b>-0,203**</b>	<b>0,747**</b>	<b>-0,382**</b>	<b>0,675**</b>
Mini-Mult Psicastenia	-0,062	0,133	-0,010	<b>0,237**</b>
Mini-Mult Esquizofrenia	0,013	<b>0,134*</b>	-0,018	0,100
Mini-Mult Hipomania	-0,097	0,067	-0,084	0,089
ICAC Total	0,027	<b>-0,146*</b>	-0,73	-0,057
ICAC Aceitação Rejeição	0,035	<b>-0,178**</b>	0,045	<b>-0,153*</b>
ICAC Auto-eficácia	0,009	-0,092	<b>-0,145*</b>	0,017
ICAC Maturidade Psicológica	0,050	-0,132	-0,073	-0,038
ICAC Impulsividade -Actividade	-0,107	0,003	<b>-0,159*</b>	0,093

\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

\*\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,01$ )

Como podemos verificar pela análise do Quadro 13 existe uma generalização de correlações positivas do índice de simulação (F-K) com as medidas de psicopatologia. Este dado sugere que uma maior elevação das escalas clínicas, pode dever-se a um exagero dos seus próprios desajustes o que poderá contribuir para a elevação de algumas escalas clínicas. As associações entre psicopatologia do eixo I e um exagero dos próprios desajustes são consistentes existindo uma associação moderada. Nas escalas de personalidade verificam-se correlações moderadas com a depressão e paranóia. Em relação as associações entre o auto-conceito e o índice de simulação são muito baixas, foram encontradas correlações negativas entre o auto-conceito e o índice de simulação, sugerindo um ligeiro enviesamento dos resultados num sentido favorável.

Em suma, os obesos seleccionados e aguardar a cirurgia apresentam *distress* associado a funções corporais através da elevação da escala de somatização. Nesta amostra são encontradas percentagens consideráveis de obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica que apresentam sintomas de ansiedade, depressão, sensibilidade interpessoal, ideação paranóide. Sem serem encontradas alterações da personalidade verifica-se a existência de quatro escalas clínicas que se encontram na zona fronteira, hipocondria, depressão, paranóia e a esquizofrenia. São verificados exageros associados aos próprios desajustes. As escalas do HADS, SLC-90-R, Mini-Mult e o índice de simulação encontram-se correlacionadas com um coeficiente de correlação de *Spearman* ou *Pearson* que varia entre os  $r=0,24$  e os  $r=0,68$  a um nível de significância ( $p \leq 0,01$ ). Esta associação é moderada nas escalas de maior relevo.

## 2.2 Resultado dos Testes de Hipóteses

Para testar as hipóteses avaliamos em primeiro lugar se os pressupostos da estatística paramétrica estavam presentes na amostra. Deste modo, testamos a normalidade para todas as variáveis. Os resultados dos testes revelam que existem algumas variáveis com uma distribuição normal, mas na sua maioria apresentam uma distribuição não normal. Foram realizados testes paramétricos e testes não paramétricos. As hipóteses foram testadas recorrendo a testes não paramétricos, nomeadamente *Kruskal-Wallis* e *Mann-Wihtney*. Estes testes foram utilizados para a comparação de médias entre as diversas variáveis. Foram também realizados testes para calcular o coeficiente de *Spearman* para verificar a associação entre variáveis e a sua intensidade ou força. Entre os testes paramétricos foram realizados os testes de correlação produto momento de *Pearson* à semelhança do *Spearman*.

## 2.2.1 Hipótese 1

**Hipótese 1:** Espera-se que existam diferenças nos níveis de ansiedade e depressão, em função das variáveis sócio-demográficas e clínicas estudadas (IMC, sexo, idade, habilitações literárias, local de residência e aparecimento de problemas físicos), nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica.

Para verificar a influência do sexo, idade, IMC, habilitações literárias, local de residência e aparecimento de problemas físicos nos níveis de ansiedade e depressão foram realizados testes paramétricos e não paramétricos. Para as variáveis que seguem uma distribuição normal (IMC, ansiedade HADS) foi calculado o coeficiente de correlação momento produto de *Pearson*. Para as restantes variáveis em que pelo menos uma variável não cumpria o pressuposto da normalidade foram realizados testes correlação ordinal de *Spearman*, assim como testes de comparação de médias não paramétricos, *Mann-Wihtney* e *Kruskal-Wallis*.

Foram realizados testes *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças nos níveis de depressão e ansiedade em função do sexo. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas quatro variáveis em função do sexo. Ansiedade do HADS e o sexo ( $Z(U) = -2,37, p = 0,01$ ), ansiedade do SCL e o sexo ( $Z(U) = -2,27, p = 0,01$ ). Depressão do HADS e o sexo ( $Z(U) = -1,73, p = 0,04$ ), depressão do SCL e o sexo ( $Z(U) = -2,54, p = 0,01$ ). As mulheres seleccionadas e a aguardar a cirurgia bariátrica apresentam as médias mais elevadas em todas as escalas. As mulheres apresentam mais sintomatologia ansiosa e depressiva do que os homens.

A idade foi dividida em cinco categorias nominais, inferior a 20, entre 21 e 35 anos, entre 36 e os 50 e mais de 51 anos. No entanto, devido ao reduzido número de sujeitos com idade inferior a 20 ( $n=2$ ), esta categoria foi incluída na nova categoria inferiores a 35 anos. Foi realizado o teste *Kruskal-Wallis* para verificar se existiam diferenças nos níveis de depressão e ansiedade em função da idade. Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nas escalas do HADS. Relativamente às escalas do SCL-90-R foi encontra pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre as diferentes idades e os níveis de ansiedade e depressão, respectivamente na escala de ansiedade ( $\chi^2(2, 217) = 9,98, p = 0,01$ ) e na escala de depressão ( $\chi^2(2, 217) = 9,398, p = 0,01$ ). Foram realizados testes *Mann-Wihtney* para estas duas escalas do SCL-90-R, agrupando as três categorias em duas a

duas escalas da SCL-90-R. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos em função da idade, ou seja, os sujeitos com idades compreendidas entre os 36 e os 50 apresentam mais sintomatologia ansiosa dos aqueles com menos de 35 anos ( $Z(U) = 1,26, p = 0,04$ ) e não são verificadas diferenças ao nível da depressão. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idades entre os 36-50 e os com idades superiores a 51. Foram encontradas diferenças entre aqueles com idades inferiores a 35 e os com idades superiores a 51 anos, nas duas escalas, ansiedade ( $Z(U) = 1,40, p = 0,02$ ) e depressão ( $Z(U) = 1,68, p = 0,01$ ). Deste modo, podemos referir que a depressão e a ansiedade seguem a mesma tendência pelas diferentes idades, os valores médios de depressão e ansiedade aumentam com a idade.

Neste estudo não foram encontradas correlações estatisticamente significativas do IMC com a ansiedade ou com a depressão. Foi determinado o coeficiente de correlação de *Pearson* entre o IMC e a ansiedade do HADS, não foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa ( $r = 0,21, n=10, p < 0,05$ ). Foi determinado o coeficiente de correlação ordinal de *Spearman* para as restantes variáveis, IMC e ansiedade do SCL-90-R ( $r_s = 3,6, n = 214, \rho \leq 0,05$ ), IMC e depressão do HADS ( $r_s = 1,6, n = 214, \rho \leq 0,05$ ), IMC e depressão do SCL-90-R ( $r_s = 7,5, n = 214, \rho \leq 0,05$ ). Não foi encontrada nenhuma correlação estatisticamente significativa entre o IMC, depressão e ansiedade com o teste de correlação ordinal de *Spearman*. Assim, o IMC não se encontra correlacionado com a ansiedade ou com a depressão.

A escolaridade foi dividida em seis categorias nominais, ensino básico, 9º de escolaridade, 12º ano de escolaridade, curso médio/profissional, curso superior/licenciatura e outros. Na análise estatística foram excluídos outros. Foram realizados testes *Kruskal-Wallis* para verificar se existiam diferenças nos níveis de depressão e ansiedade em função da escolaridade. Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nas duas escalas do SCL-90-R e na escala de ansiedade do HADS. Respectivamente na escala de depressão do SCL-90-R ( $\chi^2(4, 214) = 9,84, p = 0,04$ ), na escala de ansiedade do SCL-90-R ( $\chi^2(4, 214) = 14,84, p = 0,02$ ) e na escala ansiedade do HADS ( $\chi^2(4, 214) = 14,82, p = 0,01$ ). Na escala de depressão do HADS não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2(4, 214) = 14,84, p = 0,02$ ).

Em todas as escalas as médias foram superiores nos sujeitos com ensino ao nível do básico. Neste sentido foi realizada uma nova divisão, os com ensino básico e os com ensino superior ao básico. Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas novamente

com os testes *Mann-Wihtney* nas mesmas três escalas, na escala ansiedade do HADS ( $Z(U) = -3,42, p = 0,01$ ) e na escala de ansiedade do SCL-90-R ( $Z(U) = -2,80, p = 0,01$ ) e na escala de depressão do SCL-90-R ( $Z(U) = -2,65, p = 0,01$ ). Na escala de depressão do HADS não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ( $Z(U) = -1,85, p = 0,07$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas até ao 9º ano de escolaridade. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças entre aqueles que tinham o ensino básico e os que tinham o 9º de escolaridade nos níveis de ansiedade e depressão do HADS e do SCL-90-R. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas: ansiedade do HADS ( $Z(U) = -1,630, p = 0,103$ ), ansiedade do SCL ( $Z(U) = -0,964, p = 0,335$ ). Depressão do HADS ( $Z(U) = -0,872, p = 0,383$ ), depressão do SCL ( $Z(U) = -1,036, p = 0,300$ ). A partir do 12º ano de escolaridade já se encontram diferenças estatisticamente significativas quando comparadas com os com o ensino básico. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na escala de ansiedade do HADS ( $Z(U) = -1,630, p = 0,103$ ), ansiedade do SCL ( $Z(U) = -0,964, p = 0,335$ ) e depressão do SCL ( $Z(U) = -1,036, p = 0,300$ ). Apenas não foi encontrada uma diferença estatisticamente para a escala de depressão do HADS ( $Z(U) = -0,872, p = 0,383$ ). Em todas as escalas os sujeitos com ensino até ao 6º ano (nível básico) apresentam médias superiores. Os dados recolhidos sugerem que os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica com habilitações académicas até ao 9º ano de escolaridade apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa que os que possuem escolaridade superior ao 12º ano de escolaridade.

Foi realizado o teste *Kruskal-Wallis* para verificar se existiam diferenças nos níveis de ansiedade e depressão em função da residência, rural ou urbana. Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas duas escalas de ansiedade entre os obesos, na escala de ansiedade do HADS ( $\chi^2(1, 216) = 4,38, p = 0,04$ ) e escala de ansiedade do SCL ( $\chi^2(1, 216) = 5,42, p = 0,02$ ) e não são verificadas diferenças ao nível da depressão, na escala de depressão do HADS ( $\chi^2(1, 216) = 0,00, p = 0,94$ ) e escala de depressão do SCL ( $\chi^2(1, 216) = 2,62, p = 0,10$ ). Os Testes *Mann-Wihtney* apontam para a mesma situação, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os moradores de zonas rurais ou urbanas nos níveis de ansiedade e não existe diferenças nos níveis de depressão: ansiedade do HADS e local de residência ( $Z(U) = -2,09, p = 0,04$ ), ansiedade do SCL e local de residência ( $Z(U) = -2,33, p = 0,02$ ). Depressão do HADS e local de residência ( $Z(U) = -0,05, p = 0,96$ ), depressão do SCL e local de residência ( $Z(U) = -1,62, p = 0,105$ ). Os

obesos mórbidos nas zonas rurais apresentam mais sintomatologia ansiosa e não são encontradas diferenças ao nível da depressão.

Neste estudo não foram encontradas correlações significativas entre o aparecimento de um problema de físico com ansiedade ou com a depressão. Foi determinado o coeficiente de correlação ordinal de *Spearman* e não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o aparecimento de um problema físico e os níveis de ansiedade do HADS ( $r_s = 3.4$ ,  $n = 218$ ,  $\rho \leq 0,05$ ), aparecimento de um problema físico e ansiedade do SCL-90-R ( $r_s = 1.8$ ,  $n = 218$ ,  $\rho \leq 0,05$ ), aparecimento de um problema físico e depressão do HADS ( $r_s = 6.4$ ,  $n = 214$ ,  $\rho \leq 0,05$ ), aparecimento de um problema físico e depressão do SCL-90-R ( $r_s = 5.2$ ,  $n = 214$ ,  $\rho \leq 0,05$ ).

A Hipótese 1 é assim confirmada parcialmente, existem variáveis independentes que influenciam as diferenças nos níveis de ansiedade e depressão nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica. Apenas não foram verificadas influências do IMC e do aparecimento de problemas físicos. As mulheres são as mais afectadas com a sintomatologia depressiva e ansiosa, os seus níveis aumentam com a idade e com menores habilitações literárias. Foram também encontradas diferenças ao nível da ansiedade em função do local de residência, os residentes de zonas rurais são mais afectados pela ansiedade e não são encontradas diferenças ao nível da depressão.

### 2.2.2 Hipótese 2

**Hipótese 2:** Espera-se que o auto-conceito esteja relacionado com a psicopatologia e com alterações da personalidade, ou seja, espera-se que baixos níveis de auto-conceito estejam associados a níveis mais elevados de psicopatologia e alterações da personalidade, e que níveis elevados de auto-conceito estejam associados com baixos níveis de psicopatologia e alterações da personalidade, nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica.

Para analisar a relação entre psicopatologia, alterações da personalidade e o auto-conceito recorreremos a testes não paramétricos, considerando que as variáveis em causa não seguem uma distribuição normal. Utilizamos o teste de correlação ordinal de *Spearman* para verificar a associação e a força desta, entre o auto-conceito e a psicopatologia (HADS, SCL-90-

R). Foram encontradas associações negativas baixas ou muito baixas entre psicopatologia e auto-conceito. Os resultados das correlações entre auto-conceito e psicopatologia podem ser consultados no Quadro 14.

**Quadro 14**  
**Correlações de Spearman entre Psicopatologia e Auto-conceito (N=218)**

		Auto-conceito Total	Aceitação/Rej eição Social	Auto- eficácia	Maturidade Psicológica	Impulsividade/ actividade
HADS	Total	<b>-0,233**</b>	<b>-0,250**</b>	<b>-0,225**</b>	-0,124	-0,103
	Depressão	<b>-0,269**</b>	<b>-0,266**</b>	<b>-0,251**</b>	<b>-0,152*</b>	-0,110
	Ansiedade	<b>-0,170*</b>	<b>-0,210**</b>	<b>-0,171*</b>	-0,081	-0,083
	Somatização	-0,126	<b>-0,171*</b>	<b>-0,225**</b>	0,042	-0,002
	O-C	<b>-0,237**</b>	<b>-0,231**</b>	<b>-0,249**</b>	-0,064	-0,068
SCL-90-R	S-I	<b>-0,234**</b>	<b>-0,307**</b>	<b>-0,211**</b>	-0,071	-0,004
	Depressão	<b>-0,170*</b>	<b>-0,234**</b>	<b>-0,198**</b>	-0,016	-0,013
	Ansiedade	<b>-0,152*</b>	<b>-0,176**</b>	<b>-0,182**</b>	-0,051	-0,017
	Hostilidade	-0,094	<b>-0,162*</b>	-0,080	-0,051	-0,094
	Ansiedade Fóbica	<b>-0,228**</b>	<b>-0,255**</b>	<b>-0,282**</b>	-0,031	-0,048
	P – P	-0,454	<b>-0,149*</b>	-0,001	-0,034	-0,130
	Psicoticismo	<b>-0,251**</b>	<b>-0,246**</b>	<b>-0,179**</b>	<b>0,136*</b>	0,067
	TSP	<b>-0,261**</b>	<b>-0,263**</b>	<b>-0,250**</b>	-0,081	-0,083
	ISP	-0,045	-0,127	<b>-0,250**</b>	-0,081	-0,083
	GSI	<b>-0,202*</b>	<b>-0,243**</b>	<b>-0,250**</b>	-0,081	-0,083

\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

\*\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,01$ )

Numa primeira análise podemos verificar várias correlações estatisticamente significativas de várias escalas de psicopatologia com o auto-conceito total, aceitação/rejeição social e auto-eficácia. Esta associação do auto-conceito total, aceitação/rejeição e auto-eficácia com psicopatologia revela-se baixa e negativa, mas consistente com o HADS total, depressão do HADS e sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, obsessivo compulsivo, TSP e o GSI do SCL-90.R. Foram encontradas correlações entre o HADS total ( $r_s = -23.3$ ,  $\rho \leq 0,01$ ), aceitação/rejeição social ( $r_s = -25.0$ ,  $\rho \leq 0,01$ ) e auto-eficácia ( $r_s = -22.5$ ,  $\rho \leq 0,01$ ). A depressão do HADS e o auto-conceito total ( $r_s = -26.9$ ,  $\rho \leq 0,01$ ), aceitação/rejeição social ( $r_s = -26.6$ ,  $\rho \leq 0,01$ ) e auto-eficácia ( $r_s = -25.1$ ,  $\rho \leq 0,01$ ). A sensibilidade interpessoal e o auto-conceito total ( $r_s = -23.4$ ,  $\rho \leq 0,01$ ), aceitação/rejeição social ( $r_s = -30.7$ ,  $\rho \leq 0,01$ ) e auto-eficácia ( $r_s = -21.1$ ,  $\rho$

≤ 0,01). A ansiedade fóbica e o auto-conceito total ( $r_s = -22.8, \rho \leq 0,01$ ), aceitação/rejeição social ( $r_s = -25.5, \rho \leq 0,01$ ) e auto-eficácia ( $r_s = -28.2, \rho \leq 0,01$ ). Obsessivo compulsivo e o auto-conceito total ( $r_s = -23.7, \rho \leq 0,01$ ), aceitação/rejeição social ( $r_s = -23.1, \rho \leq 0,01$ ) e auto-eficácia ( $r_s = -24.9, \rho \leq 0,01$ ). O TSP e o auto-conceito total ( $r_s = -26.1, \rho \leq 0,01$ ), aceitação/rejeição social ( $r_s = -26.3, \rho \leq 0,01$ ) e com a auto-eficácia ( $r_s = -25.0, \rho \leq 0,01$ ). Finalmente, o GSI e o auto-conceito total ( $r_s = -20.2, \rho \leq 0,05$ ), aceitação/rejeição social ( $r_s = -24.3, \rho \leq 0,01$ ) e auto-eficácia ( $r_s = -25.0, \rho \leq 0,01$ ).

Podemos concluir que um baixo auto-conceito encontra-se associado com maiores níveis de psicopatologia, existe uma relação bilateral negativa entre os níveis de auto-conceito, especialmente nos factores, aceitação/rejeição social e a auto-eficácia com os níveis de depressão, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica e obsessivo compulsivo. Os factores maturidade psicológica e impulsividade não se encontram correlacionados significativamente com maior psicopatologia, apenas são encontradas duas correlações estatisticamente significativas muito baixas com a depressão do HADS ( $r_s = -15.2, \rho \leq 0,05$ ) e com o psicoticismo do SCL-90-R ( $r_s = -13.6, \rho \leq 0,05$ ).

Relativamente às alterações de personalidade, também se verificam correlações estatisticamente significativas negativas, baixas ou muito baixas entre personalidade e o auto-conceito. Os resultados podem ser consultados no Quadro 15.

### Quadro 15

#### Correlações Spearman entre Alterações da Personalidade e o Auto-conceito (N=218)

	Auto-conceito Total	Aceitação/Rejeição Social	Auto-eficácia	Maturidade Psicológica	Impulsividade/actividade
<b>Hipocondria (Hs)</b>	-0,075	0,004	-0,113	-0,061	-0,117
<b>Depressão (D)</b>	<b>-0,342**</b>	<b>-0,369**</b>	<b>-0,325**</b>	<b>-0,171*</b>	0,092
<b>Histeria (Hy)</b>	<b>-0,197**</b>	<b>-0,170*</b>	<b>-0,240**</b>	-0,124	-0,69
<b>Psicopatia (Pd)</b>	-0,027	-0,026	-0,024	0,024	-0,085
<b>Paranóia (Pa)</b>	<b>-0,218**</b>	<b>-0,240**</b>	<b>-0,178**</b>	<b>-0,161*</b>	-0,059
<b>Psicastenia (Pt)</b>	-0,093	-0,039	-0,059	-0,059	<b>-0,144*</b>
<b>Esquizofrenia (Sc)</b>	-0,056	0,028	-0,036	-0,054	-0,114

\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

\*\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,01$ )

Como podemos verificar pela análise do Quadro 15 são encontradas correlações estatisticamente significativas e negativas entre personalidade depressiva e o auto-conceito total ( $r_s = -32.2, \rho \leq 0,01$ ), aceitação/rejeição social ( $r_s = -36.9, \rho \leq 0,01$ ) e auto-eficácia ( $r_s = -32.5, \rho \leq 0,01$ ). Também são encontradas correlações negativas entre paranóia e o auto-conceito total ( $r_s = -21.8, \rho \leq 0,01$ ), aceitação social/rejeição social ( $r_s = -24.0, \rho \leq 0,01$ ) e muito baixas com a auto-eficácia ( $r_s = -17.8, \rho \leq 0,01$ ) e a maturidade psicológica ( $r_s = -16.1, \rho \leq 0,05$ ). A histeria encontra-se correlacionada de uma forma negativa e baixa com a auto-eficácia ( $r_s = -24.0, \rho \leq 0,01$ ) e muito baixa com o auto-conceito total ( $r_s = -19.7, \rho \leq 0,01$ ) e aceitação/rejeição social ( $r_s = -17.0, \rho \leq 0,05$ ). Finalmente, foram encontradas duas correlações muito baixas e negativas entre psicastenias e impulsividade/actividade ( $r_s = -14.4, \rho \leq 0,05$ ) e entre a hipomania e a auto-eficácia ( $r_s = -13.4, \rho \leq 0,05$ ). Deste modo, podemos concluir que existe uma associação entre personalidade e auto-conceito, embora seja uma associação baixa ou muito baixa. Baixos níveis de personalidade depressiva, paranóia, histeria, psicastenias e hipomania estão associados a um maior auto-conceito, aceitação, auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade-actividade.

A Hipótese 2 é assim confirmada, sugerindo uma associação entre psicopatologia e auto-conceito. Um baixo auto-conceito, especialmente nos factores aceitação/rejeição social, está associado com maiores níveis de depressão, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica e obsessivo compulsivo. Baixos níveis de personalidade depressiva, paranóia e histeria estão associados com um maior auto-conceito, especialmente nos factores aceitação/rejeição social e auto-eficácia.

### 2.2.3 Hipótese 3

**Hipótese 3:** Espera-se uma associação positiva entre estratégias de *coping* e psicopatologia e alterações da personalidade, assim como uma associação negativa entre estratégias de *coping* e psicopatologia e alterações da personalidade, nos obesos seleccionados e aguardar cirurgia bariátrica.

Foram realizados testes de correlação paramétricos e não paramétricos. Para as variáveis que seguem uma distribuição normal (ansiedade do HADS, somatização, obsessivo compulsivo, ideação paranóide, total de sintomas positivos, índice de sintomas positivos, fuga-evitamento e reavaliação positiva) foi calculado o coeficiente de correlação momento produto de *Pearson*. Para as restantes variáveis em que pelo menos uma variável não cumpria o pressuposto da normalidade foram realizados testes correlação ordinal de *Spearman*. Foram encontradas correlações ou associações positivas baixas ou muito baixas. Os resultados das correlações podem ser consultados no Quadro 16.

**Quadro 16**  
**Correlações entre Estratégias de Coping e Psicopatologia (N=218)**

	Wt	Cc	Ac	Pss	Ar	Rpp	Dt	Fe	Rp
HADS total	0,05	0,07	0,03	0,11	0,10	-0,04	0,03	<b>0,22**</b>	0,08
HADS Depressão	0,04	0,05	0,06	0,06	0,07	-0,05	0,06	<b>0,17*</b>	0,08
HADS Ansiedade	0,07	0,07	0,01	0,11	0,10	-0,03	-0,01	<b>0,23**</b>	0,07
SOM	0,10	0,12	0,03	<b>0,15*</b>	<b>0,15*</b>	0,03	0,01	<b>0,29**</b>	0,01
O-C	<b>0,18**</b>	<b>0,22**</b>	<b>0,17*</b>	<b>0,22**</b>	<b>0,20**</b>	<b>0,06</b>	<b>0,19**</b>	<b>0,24**</b>	<b>0,19**</b>
S-I	0,06	0,08	0,05	0,11	0,12	-0,05	0,02	<b>0,18**</b>	0,08
DEP	0,06	0,07	0,02	0,12	0,11	-0,04	-0,04	<b>0,27**</b>	0,06
ANX	0,02	0,07	-0,03	0,09	<b>0,13*</b>	-0,05	-0,05	<b>0,19**</b>	0,04
HOS	0,02	0,07	-0,04	0,07	0,06	-0,01	-0,06	<b>0,17*</b>	0,05
A-F	0,02	0,01	0,03	0,11	0,11	-0,07	0,01	<b>0,20**</b>	0,01
P- P	0,07	0,09	0,04	0,02	0,11	-0,02	-0,01	<b>0,28**</b>	0,08
PSI	0,13	<b>0,14*</b>	0,07	<b>0,17*</b>	<b>0,17*</b>	-0,05	0,12	<b>0,25**</b>	<b>0,22**</b>
GSI	0,09	0,12	0,05	<b>0,15*</b>	<b>0,17*</b>	-0,02	0,03	<b>0,27**</b>	0,09
TSP	0,10	<b>0,14*</b>	-0,03	<b>0,17*</b>	<b>0,16*</b>	-0,03	0,09	<b>0,25**</b>	0,13
ISP	0,08	0,08	0,01	0,08	0,11	0,03	-0,05	<b>0,30**</b>	0,02

\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

\*\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,01$ )

Numa primeira análise verifica-se que as estratégias de *coping* estão associadas com maiores níveis de psicopatologia, embora estejam presentes correlações baixas ou muito baixas. Verifica-se que a escala obsessivo-compulsivo correlaciona-se positivamente com sete das nove escalas do WCQ. Verifica-se também que a estratégias de *coping* de fuga-evitamento correlaciona-se positivamente com todas as medidas de psicopatologia, igualmente correlações baixas ou muito baixas. Ao contrário do esperado não foram

encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre psicopatologia e estratégias de *coping*, ou seja, não foram identificadas estratégias de *coping* que estivessem associadas a menores níveis de psicopatologia.

Foram igualmente realizados testes de correlação entre as alterações da personalidade e as estratégias de *coping*. Foram realizados testes de *Spearman* para as variáveis que seguem uma distribuição não normal e testes de *Pearson* para as variáveis que apresentam uma distribuição normal (Rp, Fe, Ma, Pd e Hs). Pela análise dos testes a associação entre alterações da personalidade e estratégias de *coping* é baixa ou muito baixa. Os resultados das correlações podem ser consultados no Quadro 17.

**Quadro 17**

**Correlações Estratégias de *Coping* e Alterações da Personalidade (N=218)**

	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
<b>Cc</b>	0,000	0,046	-0,016	<b>-0,154*</b>	0,132	-0,098	<b>-0,153*</b>	<b>-0,157*</b>
<b>Ac</b>	0,122	-0,012	-0,097	0,034	0,107	0,031	-0,019	-0,071
<b>Pss</b>	0,046	0,013	-0,033	-0,068	0,074	-0,053	-0,090	-0,044
<b>Ar</b>	0,046	0,070	-0,002	-0,061	<b>0,191**</b>	-0,053	-0,022	-0,022
<b>Rpp</b>	0,046	0,046	-0,109	-0,094	-0,014	-0,085	-0,111	<b>-0,157*</b>
<b>Dt</b>	0,048	0,023	-0,064	-0,053	0,073	0,047	-0,054	-0,093
<b>Fe</b>	0,018	<b>0,196**</b>	0,116	-0,022	<b>0,278**</b>	-0,072	-0,011	-0,032
<b>Rp</b>	0,034	-0,002	-0,078	-0,054	0,099	-0,006	-0,066	-0,037

\*\* Correlação a um nível de significância de 0.01

\* Correlação a um nível de significância de 0.05

Como podemos verificar pela análise do quadro uma personalidade depressiva encontra-se correlacionada de uma forma muito baixa, mas positiva e significativa com estratégias de *coping* de fuga-evitamento ( $r_s = 19.6, \rho \leq 0,01$ ). Nesta medida, quanto mais depressiva for a personalidade maior é o uso de estratégias de *coping* de fuga-evitamento. A paranóia encontra-se correlacionada positivamente e de uma forma muito baixa com estratégias de *coping* de assumir responsabilidades ( $r_s = 19.1, \rho \leq 0,01$ ) e baixa igualmente positiva com as estratégias de *coping* fuga-evitamento ( $r_s = 27.8, \rho \leq 0,01$ ). Maiores elevações de paranóia conduzem a um maior uso de duas estratégias de certa forma antagônicas, assumir responsabilidades e fuga-evitamento. Assim, maiores elevações da depressão e paranóia conduzem a uma maior utilização de estratégias de *coping* de fuga-evitamento, assim como

elevações na escala de paranóia encontram-se associadas com um maior uso de estratégias de assumir responsabilidades.

Por outro lado, foram encontradas correlações negativas muito baixas entre personalidade e estratégias de *coping*. O desvio psicopático encontra-se negativamente correlacionado com as estratégias de *coping* de confronto ( $r_s = -15.4$ ,  $n = 218$ ,  $\rho \leq 0,05$ ), a esquizofrenia encontra-se correlacionada com a estratégia de *coping* de confronto ( $r_s = -15.3$ ,  $n = 218$ ,  $\rho \leq 0,05$ ). Finalmente, foram encontradas duas correlações negativas, entre a hipomania e estratégias de *coping* de confronto ( $r_s = -15.7$ ,  $n = 218$ ,  $\rho \leq 0,05$ ) e resolução planeada ( $r_s = -15.7$ ,  $n = 218$ ,  $\rho \leq 0,05$ ). Deste modo, uma maior elevação das escalas de desvio psicopático, esquizofrenia e hipomania, está associada a uma menor utilização de estratégias de *coping* de confronto. Assim como a hipomania esta associada a uma menor utilização de estratégias de *coping* de resolução planeada.

A Hipótese 3 é assim confirmada parcialmente. Foram identificadas estratégias de *coping* que estão associadas com maior psicopatologia em especial a estratégia de *coping* fuga-evitamento. Não foram identificadas estratégias de *coping* associadas com menor psicopatologia. Foram identificadas estratégias de *coping* como a fuga-evitamento e assumir responsabilidades associadas positivamente com as alterações da personalidade depressiva e paranóia. A paranóia também se encontra associada positivamente com as estratégias de *coping* de assumir responsabilidades. Também foram identificadas estratégias de *coping* como o *coping* confrontativo associado negativamente com alterações de personalidade psicopatia, esquizofrenia e hipomania. A hipomania também se encontra associada negativamente com as estratégias de *coping* de resolução planeada do problema.

#### 2.2.4 Hipótese 4

**Hipótese 4:** Espera-se que o auto-conceito influencie a utilização de diferentes estratégias de *coping*. Espera-se que exista uma associação positiva entre o auto-conceito e algumas estratégias de *coping*, assim como uma associação negativa entre outras estratégias de *coping* e o auto-conceito, nos obesos mórbidos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica.

Foram realizados testes de correlação ordinal de *Spearman* para verificar a associação entre o auto-conceito e as estratégias de *coping*. Não foram encontradas correlações positivas entre o auto-conceito e as estratégias de *coping*. No entanto, foram encontradas correlações negativas entre o auto-conceito e as estratégias de *coping* distanciamento e auto-controlo. Os Resultados podem ser consultados no Quadro 18.

**Quadro 18**

**Correlações de *Spearman* entre o Auto-conceito e as Estratégias de *Coping* (N=218)**

	Auto-conceito Total	Aceitação/Rejeição Social	Auto-eficácia	Maturidade Psicológica	Impulsividade/ actividade
<b>Confronto</b>	-0,109	-0,070	-0,008	-0,104	-0,048
<b>Auto-controlo</b>	<b>-0,133*</b>	<b>-0,142*</b>	-0,041	-0,038	-0,088
<b>Suporte Social</b>	-0,062	-0,064	-0,008	-0,020	-0,070
<b>Aceitar Responsabilidades</b>	-0,113	-0,119	-0,079	-0,072	-0,041
<b>Resolução Planeada</b>	0,009	-0,009	0,091	-0,014	-0,015
<b>Distanciamento</b>	<b>-0,168*</b>	-0,109	-0,098	-0,124	<b>-0,159*</b>
<b>Fuga-evitamento</b>	-0,102	-0,062	-0,108	-0,060	0,051
<b>Reavaliação</b>	0,001	0,082	0,002	-0,022	-0,001

\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,05$ )

\*\* Correlação a um nível de significância ( $p \leq 0,01$ )

Como podemos verificar pela análise do Quadro 18 existem quatro associações muito baixas, entre o auto-conceito total e o auto-controlo ( $r_s = 13.3, \rho \leq 0,05$ ), entre o auto-conceito total e o distanciamento ( $r_s = 16.8, \rho \leq 0,05$ ), entre a aceitação/rejeição social e o auto-controlo ( $r_s = 14.2, \rho \leq 0,05$ ) e entre a impulsividade-actividade e o distanciamento ( $r_s = 15.9, \rho \leq 0,01$ ). Estes resultados sugerem que quanto maior é o auto-conceito total menor é a utilização de estratégias de *coping* de auto-controlo e de distanciamento. Quanto maior é a aceitação social menor é a utilização de estratégias de *coping* de auto-controlo. Um maior auto-conceito no factor impulsividade-actividade conduz a um menor uso de estratégias de *coping* de distanciamento. No entanto, estas correlações encontradas são muito baixas.

A Hipótese 4 é confirmada parcialmente. Foram identificadas estratégias de *coping* que estão associadas de uma forma negativa com o auto-conceito, embora as correlações sejam muito baixas. Contudo, não foram identificadas estratégias *coping* que estivessem associadas positivamente e de forma significativa com o auto-conceito.

## 2.3 Resultados das análises exploratórias

Neste estudo para além da depressão e ansiedade foram verificadas elevações nas escalas clínicas somatização, sensibilidade interpessoal, ideação paranóide no SCL-90-R. Assim como hipocondríaca, depressão, paranóia e esquizofrenia, nas escalas do Mini-Mult. Foram exploradas as influências de algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas (sexo, idade, IMC, escolaridade, local de residência e o aparecimento de um problema de saúde após o aumento de peso) nestas escalas clínicas que apresentaram as maiores elevações nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica. Também foi explorado o auto-conceito e os seus factores, e diferenças na utilização de estratégias de *coping* em função do sexo.

### 2.3.1. Explorando a Somatização do SCL-90-R

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de somatização do SCL-90-R em função do sexo. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $Z(U) = -2,942, p = 0,01$ ). As mulheres apresentam a *Mean Rank* superior. Foram realizados inicialmente os testes *Kruskal-Wallis* para verificar se existiam diferenças em função da idade (<35; 36-50 e <51) nos níveis de somatização. Foi encontrada pelo menos uma diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2(26,426) = 2,217, p = 0,00$ ). Assim, utilizamos o teste de *Mann-Wihtney*. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idade inferior a 35 e os com idade entre 36-50 ( $Z(U) = -4,404, p = 0,00$ ). Os sujeitos com idades entre os 36-50 apresentam a *Mean Rank* superior. Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idade inferior a 35 e idades superiores a 51 ( $Z(U) = -4,510, p = 0,001$ ). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idades compreendidas entre os 36-50 e superior a 51 anos. Assim aqueles com idades superiores a 35 anos nesta amostra são mais afectados pela somatização. Foi realizado o teste de *Pearson* para verificar se existia uma correlação entre o IMC e os níveis de somatização e não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função da escolaridade (os com ensino básico e os com ensino superior ao básico) nos níveis de somatização. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $Z(U) = -2,731, p = 0,006$ ). Os com ensino ao nível do ensino básico apresentam a *Mean Rank*

superior. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças entre aqueles que tinham o ensino básico e os que tinham o 9º de escolaridade nos níveis de somatização e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função do local de residência (rural ou urbano) nos níveis de somatização. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ( $Z(U) = -2,488, p = 0,013$ ). Os residentes nas zonas rurais apresentam a *Mean Rank* superior. Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de somatização SCL-90-R em função de relatarem ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ( $Z(U) = -3,214, p = 0,001$ ). Os que relataram ter problemas de saúde após o aumento de peso apresentam a *Mean Rank* superior.

### **2.3.2 Explorando a Sensibilidade Interpessoal do SCL-90-R**

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de sensibilidade interpessoal do SCL-90-R em função do sexo. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $Z(U) = -2,172, p = 0,03$ ). As mulheres apresentam a *Mean Rank* superior. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sensibilidade interpessoal em função da idade com o teste *Kruskal-Wallis*. Foi realizado o teste de *Pearson* para verificar se existia uma associação entre o IMC e os níveis de sensibilidade interpessoal e não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função da escolaridade (os com ensino básico e os com ensino superior ao básico nos níveis) nos níveis de somatização, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças entre aqueles que tinham o ensino básico e os que tinham o 9º de escolaridade nos níveis de sensibilidade interpessoal. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função do local de residência nos níveis de sensibilidade interpessoal. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de sensibilidade interpessoal do SCL-90-R em função de relatarem ou não pelo menos

um problema de saúde com o aumento do peso, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa.

### **2.3.3 Explorando a Ideação Paranóide do SCL-90-R**

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de ideação paranóide do SCL-90-R em função do sexo. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ideação paranóide em função da idade com o teste *Kruskal-Wallis*. Foi realizado o teste de *Pearson* para verificar se existia uma correlação entre o IMC e os níveis de ideação paranóide e não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função da escolaridade (os com ensino básico e os com ensino superior ao básico) nos níveis de ideação paranóide. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $Z(U) = -2,630, p = 0,009$ ): os com ensino ao nível do ensino básico apresentam a *Mean Rank* superior. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças entre aqueles que tinham o ensino básico e os que tinham o 9º de escolaridade nos níveis de ideação paranóide. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função do local de residência nos níveis de ideação paranóide e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de ideação paranóide do SCL-90-R em função de relatarem ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso e não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa.

### **2.3.4 Explorando a Hipocondríaca do Mini-Mult**

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de hipocondria do Mini-Mult em função do sexo e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de hipocondria em da função da idade com o teste *Kruskal-Wallis*. Foi realizado o teste de *Pearson* para verificar se existia uma correlação entre o IMC e os níveis de hipocondria e também não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função da escolaridade (os com ensino básico e os com ensino superior ao básico) nos níveis de hipocondria. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $Z(U) = -2,210, p = 0,027$ ). Os sujeitos com ensino ao nível do ensino básico apresentam a *Mean Rank* superior. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças entre aqueles que tinham o ensino básico e os que tinham o 9º de escolaridade nos níveis de hipocondria. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função do local de residência nos níveis de hipocondria e também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de hipocondria do Mini-Mult em função de relatarem ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso e não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa.

### **2.3.5 Explorando a Depressão do Mini-Mult**

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de depressão do Mini-Mult em função do sexo e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Foram realizados inicialmente os testes *Kruskal-Wallis* para verificar se existiam diferenças em função da idade (<35; 36-50 e >51) nos níveis de depressão. Foi encontrada pelo menos uma diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2(6,257) = 2,217, p = 0,04$ ). Assim, utilizamos o teste de *Mann-Wihtney*. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idade inferior aos 35 e os com idades entre os 36-50 ( $Z(U) = -2,353, p = 0,02$ ). Os sujeitos com idades entre os 36-50 apresentam a *Mean Rank* superior. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idades inferiores a 35 e superiores a 51 anos com o teste de *Mann-Wihtney*. Também não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idades compreendidas entre os 36-50 e superior a 51 anos. Assim ao nível da idade apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idades inferiores a 35 e os com idades entre os 36-50. Foi realizado o teste de *Pearson* para verificar se existia uma associação entre o IMC e os níveis de personalidade depressiva e não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função da escolaridade (os com ensino básico e os com ensino superior ao básico) nos níveis de depressão do Mini-Mult e foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $Z(U) = -2,901, p = 0,004$ ). Os com ensino ao nível do ensino básico apresentam a *Mean Rank* superior. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças entre aqueles que tinham o ensino básico e os que tinham o 9º ano de escolaridade nos níveis de personalidade depressiva e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função do local de residência nos níveis de depressão do Mini-Mult e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de personalidade depressiva do Mini-Mult em função de relatarem ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso e também não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa.

### **2.3.6 Explorando a Paranóia do Mini-Mult**

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de paranóia do Mini-Mult em função do sexo e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Foram realizados inicialmente os testes *Kruskal-Wallis* para verificar se existiam diferenças em função da idade nos níveis de paranóia do Mini-Mult. Foi encontrada pelo menos uma diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2(9,857) = 2,217, p = 0,01$ ). Assim, utilizamos o teste de *Mann-Wihtney*. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idade inferior a 35 e os com idades entre os 36-50 ( $Z(U) = -2,609, p = 0,01$ ). Os sujeitos com idades entre os 36-50 apresentam a *Mean Rank* superior. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idades inferiores a 35 e superiores a 51 anos ( $Z(U) = -2,880, p = 0,001$ ). Os sujeitos com idades superiores 51 anos apresentam a *Mean Rank* superior. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idades compreendidas entre os 36-50 e superior a 51 anos com os testes *Mann-Wihtney*. Assim, a partir dos 36 anos nesta amostra verifica-se uma elevação da escala de paranóia do Mini-Mult. Foi realizado o teste de *Pearson* para verificar se existia uma associação entre o IMC e os níveis de paranóia e não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função da escolaridade (os com ensino básico e os com ensino superior ao básico) nos níveis de paranóia. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $Z(U) = -4,852, p = 0,000$ ). Os com ensino ao nível do ensino básico apresentam a *Mean Rank* superior. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças entre aqueles que tinham o ensino básico e os que tinham o 9º de escolaridade nos níveis de paranóia. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $Z(U) = -2,335, p = 0,02$ ). Os com ensino ao nível do ensino básico apresentam a *Mean Rank* superior. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função do local de residência nos níveis de paranóia e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de paranóia do Mini-Mult em função de relatarem ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso e também não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa.

### **2.3.6 Explorando a Esquizofrenia do Mini-Mult**

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de esquizofrenia do Mini-Mult em função do sexo e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de esquizofrenia do Mini-Mult em função da idade com o teste *Kruskal-Wallis*. Foi realizado o teste de *Pearson* para verificar se existia uma associação entre o IMC e os níveis de esquizofrenia do Mini-Mult e também não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função da escolaridade (os com ensino básico e os com ensino superior ao básico) nos níveis de esquizofrenia do Mini-Mult. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $Z(U) = -2,273, p = 0,023$ ). Os sujeitos com ensino ao nível do ensino básico apresentam a *Mean Rank* superior. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças entre aqueles que tinham o ensino básico e os que tinham o 9º ano de escolaridade nos níveis de esquizofrenia do Mini-Mult e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Foi realizado o teste de *Mann-Wihtney* para verificar se existiam diferenças em função do local de residência nos níveis de esquizofrenia do Mini-Mult e não foram

encontradas diferenças estatisticamente significativas. Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis de esquizofrenia do Mini-Mult em função de relatarem ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso e não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa.

### **2.3.7 Explorando o Auto-conceito e os seus Factores**

Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis do auto-conceito em função do sexo e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Foi realizado o teste *Kruskal-Wallis* para verificar se existiam diferenças nos níveis de auto-conceito em função da idade (<35, 36-50 e >51). Apenas foi encontrada pela menos uma diferença estatisticamente significativa para a auto-eficácia ( $\chi^2 (11,897) = 2,217, p = 0,03$ ). Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de uma diferença entre os sujeitos com idades inferiores aos 35 anos e os com idades compreendidas entre os 36-50 anos e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Também foi realizado o teste *Mann-Wihtney* para verificar a existência de uma diferença entre os sujeitos com idades inferiores aos 35 anos e mais de 51 anos e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Finalmente, foi realizado um teste *Mann-Wihtney* para verificar a existência de uma diferença entre aqueles com idades entre os 36-50 anos e mais de 51 anos e foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $Z (U) = -3,305, p = 0,001$ ). Os sujeitos com idades compreendidas entre os 36-50 anos apresentam uma maior auto-eficácia. Foi realizado o teste de *Pearson* para verificar se existia uma associação entre o IMC e os níveis de auto-conceito e seus factores e não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Foi realizado o teste *Kruskal-Wallis* para verificar se existiam diferenças nos níveis de auto-conceito em função da escolaridade e condição do aparecimento da obesidade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças nos níveis do auto-conceito e seus factores em função de relatarem ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso e não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa. Foi realizado um teste *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças ao nível do auto-conceito em função do local de residência e existência de comorbilidades físicas e também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

### 2.3.8 Diferenças na utilização de estratégias de *coping* em função do sexo.

Para analisar as diferenças na utilização de estratégias de *coping* em função do sexo recorremos a testes não paramétricos considerando que a variável sexo não segue uma distribuição normal. Utilizamos o teste de *Mann-Wihtney* para verificar a existência de diferenças entre sexos. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres para duas escalas do WCQ, fuga-evitamento ( $Z(U) = -2,195, p = 0,01$ ) e procura de suporte social ( $Z(U) = -1,979, p = 0,01$ ). As mulheres apresentam as *Mean Rank* superiores nestas duas escalas, ou seja as mulheres apresentam mais estratégias de *coping* de fuga-evitamento e procura de suporte social.

Para além dos resultados aqui expostos, foram ainda efectuadas análises exploratórias a outras variáveis sócio-demográficas e clínicas. No entanto, procurou-se expor aquelas variáveis que assumem um maior relevo e que apresentam as maiores elevações nas escalas clínicas. Dos resultados obtidos, salientam-se a que os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica apresentam *distress* associado a funções corporais. Foram verificadas percentagens consideráveis de sujeitos que apresentam níveis elevados depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal, ideação paranóide. As mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa que os homens. A medida que envelhecem apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa. Os residentes em zonas rurais apresentam mais sintomatologia ansiosa. Verificou-se que um baixo auto-conceito, especialmente nos factores aceitação/rejeição social, está associado com maiores níveis de depressão, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica e obsessivo compulsivo. Baixos níveis de personalidade depressiva, paranóia e histeria estão associados com um maior auto-conceito, especialmente nos factores aceitação/rejeição social e auto-eficácia. Foram identificadas estratégias de *coping* que estão associadas com maior psicopatologia em especial a estratégia de *coping* fuga-evitamento. Foi verificada uma associação baixa entre auto-conceito e estratégias de *coping*.

## **CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo procede-se a discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior, integrando os dados obtidos com a informação apresentada na revisão da literatura. A discussão dos resultados será feita pela ordem de apresentação dos mesmos, caracterização sócio-demográfica e clínica, obesidade e morbidade psicológica, discussão das hipóteses e, por fim, as análises exploratórias complementares realizadas.

### **3.1 Caracterização Clínica da Amostra**

#### **3.1.1 Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas**

Foram avaliados 218 pacientes, apresentam um IMC médio de 44.01 (dp=5.41) valor que chega aos 63.35, um IMC médio correspondente a uma obesidade mórbida grave. Verifica-se que 91.7% são do sexo feminino, o predomínio de mulheres na amostra também coincide com o que é apontado por pesquisas realizadas em outros contextos sócio-culturais, em que as mulheres correspondem à maioria dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Fabricatore et al., 2005). Neste estudo verificou-se que 51% apresentavam idades compreendidas entre os 36 e os 50 anos, o que coincide com a faixa etária em que se realiza a cirurgia bariátrica mais efectuada pela obesidade (Carmo et al., 2008; Marques-Vidal, 2005; ONAFD, 2011). No entanto, os últimos estudos epidemiológicos sobre a obesidade em Portugal apontam que existem mais homens do que mulheres afectados pela obesidade para esta faixa etária (Carmo et al., 2008; ONAFD, 2011). Apesar de existirem mais homens obesos, são as mulheres que mais procuram tratamento através da cirurgia bariátrica à semelhança de outros estudos (Schwartz & Brownell, 2004).

Na sua maioria os sujeitos habitam num contexto rural (70.4%). Ao contrario do que inicialmente se poderia pensar que a obesidade estaria associada a um contexto urbano, devido ao ambiente construído que promove a obesidade. Nesta amostra o contexto rural esta associado a um baixo nível sócio-económico. Nos países desenvolvidos tem sido consistentemente demonstrado que indivíduos com um menor estatuto sócio-económico ou indivíduos de famílias com um baixo estatuto sócio-económico têm um maior risco de serem obesos (Brennan et al., 2009, Drewnowski, 2009; Ogden et al., 2010; Ulijaszek, 2007), esta relação é mais forte nas mulheres e nem sempre aplicável aos homens (Drewnowski, 2007).

Nesta amostra, 69.7% apresentam escolaridade ao nível do ensino básico, o que poderá contribuir para a obesidade, isto porque baixos níveis de educação por si só têm sido associados a uma maior prevalência de obesidade quando comparado aos grupos com níveis mais elevados de educação (WHO, 2007). Quanto ao início da obesidade, a sua maioria refere que teve o seu início com o nascimento de um filho, esta situação reflecte o predomínio das mulheres na amostra, e de facto o nascimento de um filho tem sido associado ao início da obesidade (DGS, 2007). Nesta amostra, 82.1% têm filhos e a média é ter dois filhos. Também se verifica que 72.5% apresentam algum elemento da sua família directa ou mais próxima também com excesso de peso. A prática de exercício físico não é muito comum, 66.9% nunca praticam exercício físico. Relativamente a hábitos alimentares comem principalmente quatro refeições diariamente e sentem que não fazem uma escolha alimentar equilibrada, já se submeteram a tratamento no passado para diminuir o peso 88.9% dos sujeitos. Estes sujeitos consideram os resultados destes tratamentos negativos. Estes resultados apresentados são semelhantes aos encontrados em outros estudos (Travado et al., 2004).

Nesta amostra foram encontrados vários indivíduos que relatam terem tido diversos problemas de saúde com o aumento de peso. Em 218 indivíduos, 75.7% referem que apareceram problemas de saúde com o aumento de peso, 47.7% apresentam problemas reumáticos, 33.5% musculares, 22.5% apresentam colesterol, 17.4% apresentam diabetes, 12.8% problemas cardíacos. Estes problemas de saúde têm sido descritos como consequências da obesidade (Cercato et al., 2004; DGS, 2007; OMS, 2004). A obesidade é um factor de risco intermediário para o desenvolvimento de doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, algumas formas de neoplasias, endócrinas e metabólicas (DGS, 2007; WHO, 2005; OMS 2008). Estas doenças crónicas são frequentemente acompanhadas por uma série de outras condições médicas debilitantes (Brown et al., 2009), que reduzem a produtividade, afecta a qualidade de vida e a esperança de vida e causam um milhão de mortes por ano no continente europeu (DGS, 2007).

A maioria dos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica fazem parte da população activa, essencialmente na indústria e pelo facto de terem elevado peso 57.9% verificou ou verifica alguma interferência na sua vida profissional. Os obesos em geral referem situações de discriminação (Puhl & Heuer, 2010), no entanto, em pacientes obesos mórbidos parece ser mais evidente (Rand & MacGregor, 1990). Desigualdades e tratamento injusto resultantes da discriminação do peso são especialmente evidentes em contextos de trabalho (Puhl et al., 2010; Roehling, 1999). Por vezes, são rejeitados em candidaturas a emprego (Paul & Townsend, 1995; Rudolph et al., 2009), para certas funções de trabalho

(Rudolph et al., 2009), apresentam salários inferiores (Baum & Ford, 2004; Maranto & Stenoien, 2000) e frequentemente são discriminados no seu local de trabalho (Puhl & Brownell 2006; Rafferty & Griffin, 2006; Rudolph et al., 2009). Pesquisa experimental recente demonstra que, em comparação com as mulheres magras, as mulheres obesas com qualificações idênticas são menos prováveis de serem seleccionadas para cargos de chefia e são oferecidos salários iniciais inferiores (O'Brien et al., 2008).

Nos obesos seleccionados para a cirurgia bariátrica, 77.5% sente que o facto de ter elevado peso altera a forma como os outros o vêem. Estudos apontam que as pessoas com excesso de peso ou obesas são vistas de forma negativa em aspectos como a inteligência (Harris & Smith, 1983; Miller et al., 1995), sucesso (Miller et al., 1995), considerados impulsivos, com falta de vontade, motivação, controlo pessoal, falta de auto-disciplina, preguiçosos (Crandall et al., 2001; Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2010; Teachman et al., 2001), com menos amigos, solitários, mesquinhos (Harris & Smith, 1983) e socialmente evitados (Rafferty & Griffin, 2006). Estas formas de preconceito raramente são desafiadas na sociedade e as suas implicações na saúde pública tem sido basicamente ignoradas (Puhl & Heuer, 2010). Em vez disso, prevalece na sociedade o colocar a culpa nos indivíduos obesos pelo seu excesso de peso, nos quais existe a percepção comum de que a estigmatização do peso é justificável e talvez seja necessária, porque os indivíduos obesos são pessoalmente responsáveis pelo seu peso (Kim & Willis, 2007; Puhl & Brownell, 2003) e que o estigma pode até servir como uma ferramenta útil para motivar as pessoas obesas a adoptar comportamentos de vida saudável (Crister, 2004; Hebl & Heatherton, 1998).

Relativamente à satisfação conjugal, não existem muitos estudos entre os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica. Na sua maioria são casados e verificou-se que em geral estão satisfeitos com a relação conjugal, entre os problemas identificados encontram-se principalmente as dificuldades sexuais e os problemas financeiros. Quando questionados se se sentiam bem com a sua imagem corporal, 69.10% respondeu que nunca ou quase nunca. Schwartz e Brownell (2004) referem que as mulheres para além de apresentarem maiores probabilidades de desenvolver riscos para a saúde, são também mais vulneráveis a desenvolverem uma insatisfação com o corpo, uma vez que elas são mais preocupadas com a imagem corporal do que os homens e, por isso mesmo, são elas que mais procuram tratamento. Apesar da maioria dos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia se sentirem bem com a vida, 28.9% refere que nalguma altura da vida tiveram necessidade de recorrer a apoio na área da saúde mental.

### 3.1.2 Obesidade e Morbilidade Psicológica

Nesta amostra verificou-se que os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica apresentam níveis elevados de somatização ultrapassando o ponto de corte, resultados sugestivos da presença de *distress* associado a funções corporais. Também foram encontradas percentagens elevadas de sujeitos que apresentam sintomas de depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal e ideação paranóide. Sem ser encontrada uma personalidade com psicopatologia verifica-se a existência de quatro escalas clínicas que se encontram numa zona fronteira, hipocondria, depressão, paranóia e a esquizofrenia. A obesidade é uma condição séria e prevalente, com graves riscos de morbilidade e mortalidade e as suas consequências físicas têm sido bem estudadas. No entanto, os seus correlatos psicológicos são menos conhecidos (Markowitz et al., 2008). Por um lado, existem os que sugerem a existência de um comprometimento psicológico nos obesos propostos para a cirurgia bariátrica (Capitão & Tello, 2004; Dixon et al., 2003; Fabricatore et al., 2005; Mamplekou et al., 2005; Reto, 2003; Soares, 2009). Por outro lado, alguns investigadores indicam que os indivíduos obesos propostos para a cirurgia bariátrica estão próximos da população geral, sem níveis elevados de sintomatologia psicopatológica (Dymek et al., 2002; Franques & Ascencio, 2006; Malone & Mayer-Alger, 2004; Travado et al., 2004). Neste estudo verifica-se que a média dos níveis de psicopatologia dos sujeitos esta próxima da população geral, no entanto constata-se que existe uma percentagem considerável de suspeitos que apresentam níveis elevados de sintomatologia psicopatológica.

Na maioria das vezes não há diferenças entre a população obesa e a não obesa em termos de problemas emocionais e no aparecimento de perturbações psicopatológicas (Reto, 2003). Contudo, há que ter cuidado com esta generalização uma vez que nos casos de obesidade mórbida, especialmente naqueles propostos para a cirurgia bariátrica (Grau II e III) os estudos mostram que esses indivíduos são mais vulneráveis a apresentarem alterações psicológicas (Fabricatore et al., 2005; Oliveira, 2006). Estudos comparativos entre obesos na população em geral e os que procuram tratamento, sugerem que os indivíduos com obesidade que procuram tratamento apresentam níveis mais elevados de psicopatologia do que os que não procuram tratamento (Alciati et al., 2007; Gundersen et al., 2011; McElroy et al., 2004; Linde et al., 2004; Maddi et al., 1997; Wadden et al., 2006). Estas discrepâncias entre amostras na população em geral e clínicas pode reflectir a tendência dos indivíduos que sofrem de alguma perturbação comórbida de serem mais comprometidos e, portanto, mais

propensos a procurar tratamento, embora não seja possível estabelecer uma relação de causa efeito (Petribu et al., 2006). Nesta amostra verificou-se que 75.7% referem que apareceram problemas de saúde com o aumento de peso e 29% em algum momento da vida teve a necessidade de recorrer a apoio na área da saúde mental.

A depressão é a que mais se associa ao quadro de obesidade, diversos estudos encontram uma associação consistente entre elas (Dobrow et al., 2002; Markowitz, et al., 2008; Onyike, et al., 2003; Roberts et al., 2003; Roberts et al., 2000; Roberts et al., 2002; Strine et al., 2008; Sullivan et al., 1993). A revisão da literatura sugere que a obesidade e a depressão podem ter uma relação causal, e que essa associação pode ser bidireccional (Barry et al., 2008; Luppino et al., 2010; Markowitz et al., 2008; Mather et al., 2009; Simon et al., 2006). Vários estudos na população obesa relataram índices significativamente elevados de depressão (Maddi et al., 1997; Scott et al., 2008a; Matos et al., 2002; Pickering et al., 2007), depressão major (Scott et al., 2008b; Simon et al., 2006), depressão distímica (Barry et al., 2008), depressão bipolar (Barry et al., 2008; Simon et al., 2006), em especial tipo II (Alciati et al., 2007). A seguir a depressão encontra-se a ansiedade, com valores igualmente elevados (Maddi et al., 1997). Têm sido encontrados níveis significativos de agorafobia (Simon et al., 2006), fobia específica (Black, et al., 1992a) e perturbação pós-stress traumático (Black et al., 1992a; Scott et al., 2008b; Sansone et al., 2001), perturbação de pânico (Simon et al., 2006). Assim, têm sido investigadas as perturbações mentais, em vez de sintomas. Nesta investigação procura-se essencialmente verificar a existência de sintomatologia e o estabelecimento de um diagnóstico.

Assim, foram explorados os resultados de dois instrumentos que apresentam escalas para a avaliação de sintomatologia depressiva e ansiosa, o HADS e o SCL-90-R. Inicialmente foram avaliados os níveis de ansiedade e depressão através do HADS. Os resultados dos níveis de depressão (6.06) e ansiedade (8.23) estão ligeiramente abaixo dos encontrados noutros estudos com a mesma metodologia (Travado et al., 2004; Soares, 2009). Vários estudos recomendam um ponto de corte entre oito e nove (Pais-Ribeiro, 2007), outros sugerem que uma pontuação entre 8-10 para cada escala é considerado *borderline* e um resultado igual ou superior a 11 é que é indicador da presença de ansiedade ou depressão (Carroll et al., 1993; Travado et al., 2004). Neste estudo foi considerado um ponto de corte igual ou superior a 11 para cada escala à semelhança de outros estudos. Com o SCL-90-R os níveis de ansiedade e depressão também não ultrapassaram o ponto de corte. Assim, os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica não apresentam sintomatologia depressiva ou

ansiosa como é verificado noutros estudos (Dymek et al., 2002; Franques & Ascencio, 2006; Malone & Mayer-Alger, 2004; Travado et al., 2004).

No entanto, os mesmos investigadores referem que com frequência são encontradas taxas elevadas de depressão e ansiedade. Neste estudo a taxa de depressão e de ansiedade variou em função do instrumento entre 13% e os 32%, a depressão entre os 13% e os 32% e a ansiedade entre os 20% e os 31%. Nos estudos realizados nos pacientes seleccionados e a aguardar cirurgia bariátrica, têm sido encontradas altas taxas de depressão, na revisão da literatura, os dados recolhidos apontam que as taxas de depressão nos pacientes seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica apresentam em média valores compreendidos entre os 30% a 40% (Ali et al., 2009; Andersen et al., 2010; Bonfã et al., 2010; Petribu et al., 2006, Schowalter et al., 2008), valores semelhantes aos encontrados nesta amostra. Vários estudos verificaram associações positivas entre a obesidade e a ansiedade em pacientes seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica (Andersen et al., 2010; Becker et al., 2001; Mazzoni et al., 1999; Rosmond & Bjurntorp, 1998; Sánchez et al., 2003; Sarlio-Lahteenkorva & Rissen, 1998).

No entanto, a nossa investigação não se cingiu à depressão e a ansiedade, pois são diversas as patologias que frequentemente estão associadas a obesidade. O principal achado através da administração do SCL-90-R foi a descoberta da existência de *distress* associado a funções corporais nos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica, em 30 escalas de medidas de psicopatologia (3 HADS, 10 SCL-90-R e 12 Mini-Mult e 5 do ICAC) a escala de somatização é a única que ultrapassa o ponto de corte, 57% ultrapassam o valor considerado normal. Para além do *distress* associado a funções corporais verifica-se que existe uma percentagem considerável de sujeitos com valores elevados de sensibilidade interpessoal e ideação paranóide. Verificou-se que 35.3% dos sujeitos apresentam uma elevada sensibilidade interpessoal, o que revela sentimentos de inferioridade ou de inadequação pessoal e desconforto nas relações interpessoais. Também se verifica que 45.7% apresentam uma elevação na escala de ideação paranóide. As principais características do comportamento paranóide no SCL-90-R são a projecção, hostilidade, egocentrismo, medo de perder autonomia e suspeição.

Rosik (2005) no seu estudo nos pacientes seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica 29.3% foram diagnosticados com a perturbação de somatização. No entanto, esta elevação da escala de somatização do SCL-90-R não deve ser transformada em diagnóstico, mas sim como um indicador de *distress* associado a funções corporais. Para além de que esta maior elevação da escala de somatização poderá dever-se a itens desta escala como

“Dificuldades em encher os pulmões (parece que lhe falta o ar)” e “Sentir falta de forças em partes do corpo”, entre outros. O responder positivamente a estas questões não significa que os obesos apresentem níveis elevados de somatização, mas sim que esta escala reflecte questões corporais, onde devido ao próprio peso existam dificuldades funcionais, sem que exista psicopatologia subjacente. Neste estudo verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o aparecimento de um problema físico e a somatização, apesar de baixa esta não deixa de ser significativa na interpretação do resultado de uma maior elevação desta escala. Ainda assim, o facto de apresentarem um valor elevado na escala de somatização caracteriza a amostra como apresentando dificuldades e problemas relacionadas com o corpo.

A obesidade é considerada uma doença crónica que afecta um número elevado de indivíduos, representa um indutor de *stress*, com riscos de dificuldades no ajustamento psicológico. A obesidade está associada com uma variedade de eventos e situações *stressantes*, relacionadas com o peso, nomeadamente com as dimensões corporais (como por exemplo, vestir e comprar roupas, conduzir, dificuldades sexuais), estigmatização, comprometimento da função física e psicológica (Kolotkin et al., 2001a; Myers & Rosen, 1999). Os pacientes obesos mórbidos apresentam níveis mais elevados de *distress* quando comparados com pessoas de peso normal (Abiles et al., 2010; Rydén et al., 2003a). Apresentam maiores níveis de *distress*, quando comparados com indivíduos saudáveis e ou outros cronicamente doentes ou feridos (Rydén et al., 2001; Sullivan et al., 1993). Os obesos que procuram tratamento apresentam também mais níveis de *distress* em comparação com aqueles que não procuram tratamento (Fitzgibbon et al., 1993), níveis mais elevados são encontrados entre aqueles que preferem métodos mais drásticos para a redução de peso, como a cirurgia ou recurso a anorexígenos (Fitzgibbon et al., 1993; Rydén et al., 2001). Este achado de *distress* associado à obesidade tem sido relatado e nesta amostra o *distress* está relacionado com as funções corporais. Assim, na amostra a maior elevação da escala de somatização reflecte o *distress* relativo às funções corporais em que 75.7% referem problemas físicos devido à obesidade e 29.6% ultrapassam o ponto de corte de 1.23 do IGS (Índice Geral de Sintomas).

No sentido de avaliar a personalidade foi utilizado o Mini-Mult, uma versão reduzida do MMPI. O MMPI tem sido amplamente utilizado nos últimos anos nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Bocchieri et al., 2002; Chan et al., 2009). A análise dos resultados obtidos nas escalas de validade do Mini-Mult permite verificar que se trata de um perfil válido. Nesta amostra verifica-se um índice de simulação de -3,03 (DP=9,12), apresenta um valor mínimo

de -25 e máximo 21. Apesar de existirem indivíduos que exageraram e que ocultaram sintomas o valor médio de -3 do índice de simulação torna um perfil válido da amostra. Os resultados apontam que os obesos selecionados e a aguardar a cirurgia bariátrica não apresentam alterações da personalidade, a amplitude das escalas de validade e clínicas variaram entre 46-60. As maiores elevações foram encontradas nas escalas hipocondria (60), depressão (58), paranóia (59) e esquizofrenia (58). Esta investigação vai ao encontro de outras anteriores que referem que não são verificadas diferenças nas escalas do MMPI nos obesos selecionados e a aguardar a cirurgia bariátrica em comparação com a população em geral (Bardaro et al., 2006; Chelune et al., 1986; Wadden & Stunkard, 1985; Webb et al., 1990). Alguns estudos isolados descobriram diferenças em algumas escalas, mas a sua replicação tem sido escassa ou inexistente (O'Neil & Jarrel, 1992). Os candidatos a cirurgia bariátrica aparentam ser uma população heterogénea no que diz respeito ao tipo de personalidade e traços quando utilizado o MMPI (O'Neil & Jarrel, 1992). A revisão da literatura aponta que obesos mórbidos que procuram a cirurgia parecem não ter níveis elevados de psicopatologia ou não são detectados por medidas de psicopatologia grave, como o MMPI, destinadas a identificar problemas clinicamente graves de saúde mental (Bocchieri et al., 2002).

As perturbações da personalidade surpreendentemente raramente têm sido investigadas na população obesa (Mather et al., 2008), considerando que a obesidade é provavelmente o resultado de mecanismos de longa duração (Simon et al., 2006), nos quais alguns traços de personalidade podem estar envolvidos (Mather et al., 2008). Os poucos trabalhos existentes sobre perturbações da personalidade sugerem uma relação positiva com o excesso de peso e com a obesidade (Mather et al., 2008; Rosmond et al., 1999; Rosmond et al., 2001), frequentemente com comorbilidades com perturbações do Eixo I (Grant et al., 2004; Rosik, 2005). Neste estudo foi realizada uma análise da relação entre sintomatologia psicopatológica do eixo I e do Eixo II. Foram realizados testes de correlação ou de associação e foram encontradas correlações ou associações moderadas e altas. Uma personalidade caracterizada pela depressão, histeria, psicastenia e paranóia esta associada com uma maior presença de psicopatologia do eixo I, sendo essa associação moderada e consistente em várias escalas.

Estudos transversais demonstraram que a obesidade está associada principalmente com perturbações da personalidade paranóide, dependente, esquizóide, estado-limite, obsessivo-compulsiva, anti-social e evitante (Mather et al., 2008). Deste modo, os obesos mórbidos apresentam ainda maiores probabilidades de perturbações da personalidade em geral (Black et al., 1992b; Lezenweger et al., 2007; Mather et al., 2008). Em estudos recentes, utilizando critérios do DSM-IV, as perturbações da personalidade são encontradas com

frequência nos pacientes propostos para a cirurgia bariátrica, a sua prevalência varia entre 19.5% a 29% (Kalarchian et al., 2007; Mauri et al., 2008). Nos obesos mórbidos parece existir uma maior associação com as perturbações de personalidade dependente (Godt, 2002), anti-social (Mather et al., 2008), evitante (Godt, 2002; Mauri et al., 2008; Mather et al., 2008) e obsessivo-compulsiva (Ferreira et al., 2010; Mauri et al., 2008).

No que se refere ao auto-conceito, os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica apresentam um auto-conceito dos aspectos emocionais e sociais dentro dos valores considerados normais ( $M=74.91$ ,  $DP=8.10$ ). Estudos que investigam o auto-conceito em pacientes seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica são extremamente escassos (Bocchieri et al., 2002). Entre os três estudos encontrados utilizando o ICAC, os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica apresentam um auto-conceito dentro dos valores normais (Morais, 2010; Rocha, 2009; Travado et al., 2004). Na análise dos valores médios do total do ICAC e dos seus factores, os nossos resultados são ligeiramente superiores aos apresentados pelo autor (Serra, 1986b), sugerindo que os obesos seleccionados para a cirurgia bariátrica apresentam um bom auto-conceito emocional e social. Aspectos sociais e emocionais do auto-conceito são considerados os mais importantes no ajustamento psicossocial (Serra, 1986b).

No sentido de verificar o rigor das respostas aos instrumentos de avaliação foram realizados testes *Spearman* e *Pearson* para verificar a correlação da morbilidade psicológica com as escalas de validade do Mini-Mult e com o índice de simulação. Verificaram-se correlações positivas estatisticamente significativas entre o índice de simulação e as medidas de psicopatologia do Eixo I, nas escalas de personalidade as correlações já são de menor intensidade. Estes dados sugerem que existe um exagero dos próprios desajustes, o que poderá estar a inflacionar ligeiramente os resultados de diversas escalas clínicas. A mesma situação se verificou em relação ao auto-conceito, foram encontradas correlações negativas entre o auto-conceito e o índice de simulação, sugerindo um ligeiro enviesamento dos resultados num sentido favorável, embora correlações muito baixas à semelhança de outros estudos (Travado et al., 2004). Um exagero dos próprios desajustes em si constitui um indicador clínico, reporta-se a uma necessidade de uma atenção constante ou a uma forma de chamar atenção para a necessidade da realização da cirurgia bariátrica.

Outros estudos utilizando o MCMI-III (Inventário Clínico Multiaxial Millon III), nomeadamente de Ferreira e colaboradores (2010), verificaram que numa amostra de 162 pacientes seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica, 79.8% apresentaram uma tendência para desvalorizar ou sub-relatar a sintomatologia e 5,6% apresentavam uma tendência para

uma auto-depreciação. Constataram que as perturbações da personalidade mais prevalentes foram a compulsiva (37.1%), histriónica (30.6%), e narcísica (20.2%). Das perturbações psiquiátricas do eixo I destacam-se a ansiedade (38.7%), perturbação delirante (19.4%) e as perturbações somatoforme, bipolar e distímica (todas com 12,5%). Os pacientes com mais anos de exposição ao excesso de peso/obesidade obtiveram pontuações mais elevadas nas escalas de personalidade esquizóide e compulsiva, bem como na escala de perturbação somatoforme. Foi também encontrada uma correlação positiva significativa entre o tempo de exposição ao excesso de peso/obesidade e a personalidade esquizóide e a perturbação delirante. A interpretação e generalização destes resultados devem ser objecto de cautela, na medida em que não são conhecidas as propriedades psicométricas da versão portuguesa deste instrumento à semelhança do Mini-Mult.

Concluimos que os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia apresentam *distress* associado a funções corporais através da elevação da escala de somatização. Nesta amostra são encontradas percentagens consideráveis de obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica que apresentam sintomas de ansiedade, depressão, sensibilidade interpessoal, ideação paranóide. Sem ser encontrada uma personalidade com psicopatologia verifica-se a existência de quatro escalas clínicas que se encontram na zona fronteira, nomeadamente hipocondria, depressão, paranóia e a esquizofrenia. São verificados exageros associados aos próprios desajustes. As perturbações depressivas e ansiosas, na prática clínica são as mais frequentes e frequentemente acompanhadas de somatização (por exemplo, dores de cabeça, formigueiros, picadelas, peso, descargas eléctricas, entre outros).

## **3.2 Discussão dos Testes de Hipóteses**

### **3.2.1 Hipótese 1**

Diversos autores propõem que as pesquisas sobre a obesidade se devem focar na identificação de potências factores de risco para a depressão e ansiedade dentro da população com obesidade. A revisão da literatura sugere que os possíveis riscos para a comorbilidade entre obesidade, depressão e ansiedade incluem a própria obesidade mórbida, IMC, aparecimento de problemas de saúde, sexo, idade, estatuto sócio e económico e nível de ensino.

Surpreendentemente neste tipo de população frequentemente não são encontradas correlações estatisticamente significativas entre o IMC e a ansiedade ou a depressão

(Fabricatore et al., 2005). Determinados investigadores referem que são encontradas com frequência correlações positivas com depressão e ansiedade (Markowitz et al., 2008) mas nesse tipo de estudos são incluídas todas as categorias de peso o que resulta numa amplitude maior. Por vezes incluem nesses estudos indivíduos com peso inferior ao normal o que contribuiu para estas frequentes associações positivas entre o IMC, depressão e ansiedade ou outras patologias. Neste tipo de população o IMC frequentemente encontrado é elevado e normalmente são apenas encontrados dois tipos de sujeitos, IMC superior a 35 com existência de comorbilidades físicas ou mais de 40. Nesta amostra o caso mais elevado tem um IMC de 63 e a moda é 41.62. Embora existem estudos que encontram correlações positivas com a ansiedade, essas correlações normalmente são baixas ou muito baixas (Travado et al., 2004).

Neste estudo não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o aparecimento de um problema físico com a ansiedade ou com a depressão. Alguns estudos têm sugerido que os maiores níveis de ansiedade e de depressão são relativos a uma maior existência de comorbilidades físicas nesta população (Ali et al., 2009). No entanto, neste estudo essa situação não se verificou, uma hipótese possível será o elevado número de sujeitos que referem que apareceram problemas de saúde com o aumento do peso (75.7%) e um reduzido número de sujeitos que referem que não apareceu nenhum problema de saúde relacionado com o peso (24.3%).

Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, ao nível da ansiedade e da depressão. Como tem sido referido na literatura as mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa do que os homens. Diversos estudos sugerem que o sexo feminino constitui um factor de risco para a depressão e para a ansiedade (Ali et al., 2009), existe uma associação consistente entre depressão e mulheres, mas não para os homens (Chen et al., 2009; Dong et al., 2004; Friedman et al., 1995; Luppino et al., 2010; Markowitz et al., 2008; Onyike et al., 2003). Neste estudo mais uma vez se verificou esta situação, as mulheres parecem ser mais vulneráveis à obesidade e apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa.

Não existem estudos significativos que explorem os efeitos da idade nos níveis de depressão e de ansiedade nos obesos seleccionados para a cirurgia bariátrica. Estudos nos obesos da população em geral sugerem que a depressão é estatisticamente significativa entre os adultos, com idades compreendidas entre 20-59 anos ou mais (Luppino et al., 2010). Um estudo longitudinal de Kivimäki e colaboradores (2009) verificaram que a associação entre depressão e obesidade torna-se mais forte à medida que as pessoas envelhecem. Neste estudo

verificou-se que os níveis de depressão e ansiedade seguem a mesma tendência, ou seja, pelas diferentes idades os valores médios aumentam com a idade.

O baixo nível de ensino também está relacionado com maiores níveis de depressão e de ansiedade. Os dados recolhidos sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade: os sujeitos com ensino básico apresentam mais sintomatologia ansiosa e depressiva. Tem sido referido que a depressão se encontra associada com um nível elevado de educação (Markowitz et al., 2008; Scott et al., 2008). No entanto, entre os pacientes seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica existe uma maior evidência de um maior comprometimento psicológico em pacientes com baixa escolaridade (Schowalter et al., 2008), como se verifica nesta amostra.

Os obesos mórbidos das zonas rurais apresentam mais sintomatologia ansiosa e não são encontradas diferenças ao nível da depressão. Não existe muita investigação a explorar este facto. Outras pesquisas têm referido que o ambiente urbano está mais associado com a depressão e com a ansiedade, mas mais pesquisas são necessárias para explorar a influência do local de residência nos obesos seleccionados para a cirurgia. Alguns estudos referem que a depressão é sobretudo uma doença das sociedades industrializadas, e que quando ela ocorre em regiões mais rurais e afastadas dos grandes centros, os sintomas apresentam-se diferentes, com mais manifestações físicas do que emocionais, o que poderá explicar o valor elevado de somatização na escala do SCL-90-R. Nesta amostra o residir numa zona rural está associado a um baixo estatuto sócio-económico. Nos países desenvolvidos tem sido consistentemente demonstrado que indivíduos com um menor estatuto sócio-económico têm um maior risco de desenvolver ansiedade e depressão (WFMH, 2010). Por outro lado, diversos estudos referem que a obesidade está associada com um nível sócio económico elevado (Chen et al., 2009; Markowitz et. al., 2008; Moore et al., 1962), mas estes estudos já são em menor número. O estatuto sócio económico tem sido referido como um importante factor de risco para a depressão nos obesos, no entanto a sua relação com a obesidade e com a depressão continua incerta (Gatineau & Dent, 2011).

### **3.2.2 Hipótese 2**

Neste estudo foram encontradas várias correlações estatisticamente significativas de várias escalas de psicopatologia com o auto-conceito total e com os factores aceitação/rejeição social e auto-eficácia. Esta associação do auto-conceito total, aceitação/rejeição social e auto-

eficácia com psicopatologia do Eixo I revela-se baixa e negativa, mas consistente com a depressão HADS, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, obsessivo compulsivo e com os índices globais de *distress do SCL-90-R*), especialmente nos factores, aceitação/rejeição social e auto-eficácia com depressão, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica e obsessivo compulsivo. Menores níveis de psicopatologia do eixo I estão relacionados com um maior auto-conceito e um alto auto-conceito está relacionado com baixos níveis de psicopatologia, sem que seja possível estabelecer uma relação causal. Os factores de maturidade psicológica e impulsividade não se encontram estatisticamente significativamente correlacionado com maior psicopatologia, apenas são encontradas duas correlações estatisticamente significativas muito baixas na depressão HADS e no psicoticismo do SCL-90-R. Rocha (2009) verificou que o auto-conceito encontrava-se correlacionado negativamente com a ansiedade e depressão. Verificou que a ansiedade encontrava-se negativamente associada com a aceitação/rejeição social e com a auto-eficácia. Assim como verificou que a depressão encontrava-se correlacionada negativamente com a rejeição social e com a maturidade psicológica. A pouca investigação existente em obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica sugerem que um baixo auto-conceito encontra-se associado com psicopatologia (Boros & Halmy, 2009, Rocha, 2009; Travado et al., 2004). Em outras populações um baixo auto-conceito tem sido relacionado com depressão, ansiedade, ansiedade social (Matos & Lobo, 2009; Melo, 2008; Serra, 1986a).

Relativamente às alterações de personalidade também se verificam correlações estatisticamente significativas, negativas e baixas ou muito baixas entre personalidade e o auto-conceito. Baixos níveis de personalidade depressiva, paranóia, histeria, psicastenia e hipomania estão associados a um maior auto-conceito, aceitação social, auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade-actividade. Sendo esta relação mais consistente entre personalidade depressiva, paranóia e histeria, com um maior auto-conceito total, aceitação e auto-eficácia. No estudo de Travado e colaboradores (2004) também foram verificadas algumas correlações negativas entre auto-conceito e escalas do Inventário Clínico Multiaxial de Millon (2ª versão) (MCMI-II). O auto-conceito estava negativamente correlacionado com as perturbações da personalidade esquizóide, evitante, esquizotípica, embora correlações baixas. Por outro lado, o auto-conceito estava positivamente correlacionado com as perturbações da personalidade histriónica, narcísica e com a perturbação do humor estado-limite, igualmente correlações baixas. No estudo de Travado e colaboradores (2004) foram identificadas perturbações da personalidade que se associam a um maior auto-conceito, no

nosso estudo não foi possível identificar uma escala clínica que estivesse associada com um maior auto-conceito.

### 3.2.3 Hipótese 3

Neste estudo foram identificadas correlações entre estratégias de *coping* e psicopatologia no eixo I. Verificou-se que as estratégias de *coping* estão associadas a maiores níveis de psicopatologia, não foram identificadas estratégias de *coping* que estivessem associadas a menores níveis de psicopatologia do eixo I. Nesta amostra, as estratégias de *coping* provaram ser desajustadas e foram associadas com um aumento do *distress*. Myers e Rosen (1999) verificaram que as experiências de estigmatização foram positivamente associadas com o aumento da frequência de tentativas de *coping* numa amostra de indivíduos obesos. As estratégias de *coping* estavam significativamente correlacionadas com o *Brief Symptom Inventory* indicando que as estratégias de *coping* dos obesos estavam associadas com mais sintomatologia psicopatológica. No nosso estudo verificou-se que a estratégia de *coping* fuga-evitamento correlaciona-se positivamente com todas as medidas de psicopatologia. Também se verificou que a escala obsessivo-compulsivo correlaciona-se positivamente com sete das nove escalas do WCQ, ou seja, a sintomatologia obsessivo-compulsiva está associada com uma maior utilização de estratégias de *coping* nesta amostra.

Uma associação consistente entre psicopatologia e estratégias de *coping* de evitamento e fuga-evitamento tem sido demonstrada. Frequentemente estratégias de *coping* de evitamento quando utilizadas de uma forma crónica tendem a ter implicações directas na saúde do indivíduo (Stroebe & Stroebe, 1999). Diversas investigações entre os obesos sugerem que o *coping* focado no problema pode estar ligado ou ser independente da melhoria da saúde mental e que o *coping* focado na emoção traduz-se num aumento do *distress* ou de um maior sofrimento psíquico (Endler & Parker, 1990; Lerdal et al., 2011; Myers & Rosen, 1999; Parker & Endler, 1992; Rydén et al., 2003a), assim como referem que os obesos com *coping* de aproximação apresentam uma melhor saúde mental do que aqueles com *coping* de evitamento (Lerdal et al., 2011; Myers & Rosen, 1999). A terminologia depende do instrumento utilizado. Neste estudo, a estratégia de *coping* fuga-evitamento, focada na emoção, também está associada com maior psicopatologia. Não foram identificadas estratégias de *coping* focadas no problema que estivessem associadas com menor psicopatologia.

Recentemente tem-se verificado um interesse em explorar a personalidade e as estratégias de *coping*, em parte devido ao corpo cumulativo de evidências que indicam que factores situacionais não são capazes de explicar toda a variação de estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos (Antoniazzi, et al., 1998). Há investigações que sugerem que tanto as situações como a personalidade contribuem para a sua explicação (Antoniazzi et al., 1998; Suls et al., 1996). Apesar de o Mini-Mult ser melhor conceptualizado como uma medida geral de psicopatologia do que como uma medida de personalidade, neste estudo verificamos que maiores elevações de depressão e paranóia do Mini-Mult estão associadas a uma maior utilização de estratégias de *coping* de fuga-evitamento, assim como elevações na escala de paranóia estão associadas com um maior uso de estratégias de *coping* de assumir responsabilidades. Por outro lado, maiores elevações das escalas psicopatia, esquizofrenia e hipomania, conduzem a uma menor utilização de estratégias de *coping* de confronto. Assim como, verificou-se que a hipomania conduz a uma menor utilização de estratégias de *coping* de resolução planeada do problema.

#### **3.2.4 Hipótese 4**

Neste estudo foram encontradas associações negativas entre o auto-conceito e as estratégias de *coping*. Os resultados sugerem que quanto maior é o auto-conceito total menor é a utilização de estratégias de *coping* de auto-controlo e de distanciamento. Quanto maior é a aceitação social menor é a utilização de estratégias de *coping* de auto-controlo. Um maior auto-conceito no factor impulsividade-actividade está associado a um menor uso de estratégias de *coping* de distanciamento. O que podemos concluir que um maior auto-conceito conduz a uma menor utilização de estratégias de *coping* de auto-controlo e distanciamento, ambas principalmente focadas na emoção. Na população obesa constata-se que experiências negativas relacionadas com o peso podem levar ao evitamento da interacção social como uma forma de fugir da desvalorização ou até mesmo de maus tratos verbais percebidos (Puhl & Brownell, 2003; Serra & Pocinho, 2001). A falta de confiança na capacidade de lidar com os problemas relacionados com o peso pode promover o evitamento e o distanciamento (Swim et al., 1998). Hughes e Degher (1993) observaram que evitar parece ser comum entre os obesos, nomeadamente, ir às compras ou à praia, locais onde se sentem observados.

Neste estudo não foram encontradas associações positivas entre auto-conceito e as estratégias de *coping*. Estudos realizados com outras populações verificam uma correlação

positiva e altamente significativa entre o auto-conceito e as estratégias de *coping* (Serra & Pocinho, 2001). Estes estudos apoiam a ideia de que um auto-conceito positivo, consistente e realista reflecte-se numa atitude de segurança, manifestações saudáveis e ausência de sentimentos de ameaça gerados pelos acontecimentos de vida, a perceber o mundo de forma menos ameaçadora, a ter estratégias de *coping* mais adequadas, a desenvolver melhor as competências relacionais de ajuda e a sentir-se bem consigo e com os outros (Gomes & Ribeiro, 2001; Melo, 2005; Melo, 2007; Melo, 2008; Serra, 1986b; Serra & Pocinho, 2001). Indivíduos com um bom auto-conceito confiam na sua capacidade para resolver problemas e são mais capazes de perceber mais opções de *coping* e são mais propensos a usar estratégias *coping* focadas no problema e menos estratégias de *coping* focadas na emoção, do que aqueles com baixa capacidade percebida de competências (MacNair & Elliott, 1992). Esta situação verificou-se nesta amostra onde os obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica apresentam um bom auto-conceito que se evidencia pela menor utilização de estratégias de *coping* focadas na emoção. Sendo que as estratégias de *coping* que apresentam as frequências mais elevadas a reavaliação positiva, resolução planeada e a procura de suporte social.

### **3.3 Análises Exploratórias**

A escala que apresentou a maior elevação foi a somatização principalmente associada às mulheres. Foram encontradas diferenças em função da idade nesta amostra, aqueles com idade superiores aos 35 anos apresentam maiores níveis de somatização. Outros estudos referem que estes valores aumentam com a idade. Não foram encontradas correlações entre o IMC e a somatização. São encontradas maiores elevações até ao 9º de escolaridade nos níveis de somatização. Menores níveis de ensino estão associados a maiores níveis de somatização. Os residentes nas zonas rurais apresentam mais somatização. Aqueles que identificam problemas associados com o aumento de peso apresentam maiores níveis de somatização. As mulheres apresentam uma maior elevação na escala de sensibilidade interpessoal. Os níveis de sensibilidade não variaram em função do IMC, escolaridade, local de residência relataram ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso.

Neste estudo não foram encontradas diferenças nos níveis de ideação paranóide do SCL-90-R e a hipocondríaca e a esquizofrénica do Mini-Mult em função do sexo, idade, IMC, local de residência e relataram ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso. Foram encontradas diferenças em função do nível de escolaridade, são encontradas as

maiores elevações até ao 9º ano de escolaridade nos níveis de personalidade hipocondríaca. Neste estudo não foram encontradas diferenças nos níveis de personalidade depressiva do Mini-Mult em função do sexo, IMC, local de residência e relatarem ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso. Foram encontradas diferenças em função do nível de escolaridade, são encontradas as maiores elevações até ao 9º de escolaridade nos níveis de personalidade hipocondríaca. Foi encontrada uma diferença nos níveis de personalidade depressiva em função da idade, aqueles com idades entre os 36-50 apresentam uma média superior aos com idades inferiores aos 35 anos.

Neste estudo não foram encontradas diferenças nos níveis de paranóia do Mini-Mult em função do sexo, IMC, local de residência e relatarem ou não pelo menos um problema de saúde com o aumento do peso. Foram encontradas diferenças em função do nível de escolaridade, são encontradas diferenças entre aqueles com o ensino básico e superior ao ensino básico, são encontradas as maiores elevações nos níveis de personalidade hipocondríaca naqueles com o ensino básico, também foram encontradas diferenças entre aqueles com o ensino básico e o 9ºano, aqueles com o ensino básico apresentam as médias superiores. Foram encontradas diferenças nos níveis de paranóia em função da idade, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idade inferior a 35 e os com idades entre os 36-50. Os com idades entre os 36-50 apresentam as médias superiores. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idades inferiores a 35 e superiores a 51 anos. Os com idades superiores 51 apresentam as médias superiores. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com idades compreendidas entre os 36-50 e superior a 51 anos. Assim, a partir dos 36 anos nesta amostra verifica-se uma elevação da escala de paranóia do Mini-Mult.

Foram investigadas as escalas com maiores elevações nas escalas de psicopatologia e alterações personalidade. As mulheres apresentam níveis mais elevados nas escalas, somatização, sensibilidade interpessoal. Em todas as escalas os baixos níveis de ensino estão associadas a maiores elevações de psicopatologia e alterações da personalidade. São encontradas diferenças em relação a idade, com uma tendência nas diferentes escalas para um aumento de psicopatologia e alterações da personalidade com a idade. Os residentes nas zonas rurais apresentam mais somatização. Aqueles que identificam problemas associados com o aumento de peso apresentam maiores níveis de somatização. Não foram verificadas correlações com o IMC.

Nesta investigação não foram encontradas diferenças nos níveis de auto-conceito em função do sexo. Foram encontradas diferenças nos níveis de auto-conceito em função da

idade. Aqueles com idades compreendidas entre os 36-50 apresentam uma auto-eficácia superior do que aqueles com uma idade superior a 51 ou inferior 35. Na investigação de Travado e colaboradores (2004) também utilizaram o ICAC e verificaram que a idade se correlaciona positivamente com o auto conceito total, com os factores aceitação/rejeição social e com a auto-eficácia. Deste modo, quanto mais idade tinha o indivíduo melhor era o seu auto-conceito. A investigação de Travado e colaboradores (2004) sugere que o auto-conceito aumenta com a idade. No entanto, Rocha (2009) verificou que os sujeitos com idades compreendidas entre os 36 e os 50 anos apresentam uma maior auto-eficácia do que os sujeitos com mais de 51 anos. Estes resultados vão ao encontro de outras investigações realizadas noutras populações que utilizam o ICAC que referem que a auto-eficácia diminui com o aumento da idade (Rocha, 2009; Sacoto, 2010).

Respondendo a um apelo de Puhl e Brownell (2003) sobre a necessária de investigação na relação entre obesidade, género e estratégias de *coping* entre mulheres e homens. Homens e mulheres podem perceber *stressores* de forma diferente (Lyons et al., 1998) e utilizarem diferentes estratégias de *coping* (Puhl & Brownell, 2003). Neste estudo verificamos que as mulheres apresentam mais estratégias de *coping* de procura de suporte social e fuga-evitamento do que os homens. Hobfoll e colaboradores (1994) constaram que as mulheres utilizam mais o apoio social em situações profissionais e estratégias de *coping* mais assertiva em situações interpessoais, ao passo que os homens utilizam mais estratégias de *coping* mais agressivas e anti-sociais. Mulheres procuram com mais frequência o suporte social do que os homens e apresentam reacções emocionais ao *stress* (Carver et al. 1989). Os homens são mais propensos a responder directamente ao evento *stressante* (Billings & Moos, 1984; Endler & Parker, 1990).

## CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO INTEGRATIVA DO ESTUDO

Esta investigação surgiu como uma tentativa de aumentar o conhecimento da comunidade científica acerca dos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia. A realização deste trabalho permitiu-nos, sobretudo, compreender melhor as características dos obesos avaliados, bem como as dificuldades e aspirações com que se deparam. Assim, o interesse em conhecer e avaliar os aspectos psicológicos desta população antes da realização da cirurgia bariátrica foi contemplado. Consideramos que os objectivos propostos para este estudo foram alcançados, assim como a sua elaboração se revelou bastante positiva, na medida em que os dados recolhidos permitiram aprofundar o conhecimento sobre os obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica. Em seguida são apresentadas as limitações do estudo, as propostas de intervenção e algumas conclusões.

Na procura de respostas foram encontradas diversas limitações metodológicas. As amostras em geral são pequenas, heterogéneas e oriundas de diversos países, mesmo para além da barreira da língua, as diferenças de perspectiva geral, atitude e estilo de vida, podem invalidar a comparação entre estudos e a extensão das medidas entre os grupos culturais (Chan et al., 2009). Constata-se que existe uma variabilidade de descobertas, dada a panóplia de metodologias e medidas de saúde mental adoptadas, combinadas com a heterogeneidade da população com obesidade e a atenção a potenciais moderadores da relação entre a obesidade e a psicopatologia, alterações da personalidade, auto-conceito e estratégias de *coping*. Verificou-se a utilização de diversos instrumentos e critérios, que deferiram de um estudo para o outro. A literatura sobre auto-conceito e estratégias de *coping* em pacientes seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica são extremamente escassos, lamentavelmente ainda não existe um corpo teórico destas duas variáveis psicossociais nesta população.

Face aos resultados obtidos, algumas limitações estão subjacentes a este estudo e portanto, os resultados devem ser interpretados tendo em conta estas limitações. As principais limitações do estudo prendem-se com o tipo de amostragem utilizada (não aleatória), o que interfere na representatividade da amostra implicando que os resultados não possam ser generalizados à população obesa, mas sim aos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica na área de influência a que está adstrito no Serviço Nacional de Saúde o CHAA, o que também contribui para o que os resultados não possam ser generalizados a nível regional ou nacional. Assim, seria pertinente alargar este estudo para outras regiões do país para confirmar os dados obtidos. Julga-se relevante a replicação desta análise utilizando três

grupos, não obesos, obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica e obesos que não procuram tratamento. Este trabalho utilizou dados transversais, que nos impedem de inferir directamente causalidade, este estudo só pode determinar associações. Uma outra limitação está relacionada com o facto de a amostra ser predominantemente do género feminino.

O trabalho padece também das limitações inerentes à utilização de instrumentos de auto-relato, estando os instrumentos de auto-relato sujeitos a erros de interpretações e de deseabilidade social, devemos por isso interpretar os resultados obtidos com preocupação. Por exemplo, no cálculo do IMC o peso corporal e a altura foram auto-relatados. Embora a informações de peso e altura são altamente correlacionadas com as reais (Palta, Prineas, Berman, & Hannan, 1982; Stunkard & Albaun, 1981). No entanto, existe evidências de uma tendência para reportar uma altura superior e um peso inferior (Palta et al, 1982; Roberts, 1995), o que poderá levar à uma classificação incorrecta de alguns participantes. Todavia, relativamente às características psicométricas dos instrumentos utilizados, verificamos que se obtiveram elevados níveis de consistência interna, o que traduz a precisão satisfatória das medidas. Relativamente ao Mini-mult este instrumento não se encontra aferido para a população portuguesa, desta forma foram utilizados valores de referência para a população Espanhola. Também foi verificado uma consistência interna baixa em algumas escalas clínicas, nomeadamente na hipocondria, depressão e histeria. Não é possível determinar se a maior elevação da escala de somatização da amostra reflecte apenas a existência de problemas físicos sem que muitas das vezes exista psicopatologia psicológica subjacente, dadas as particularidades desta amostra que apresenta diversas incapacidades funcionais. Por outro lado, os resultados aqui encontrados podem ser complementados pela utilização de outros instrumentos.

Contudo, apesar das limitações deste estudo e cientes da sua falibilidade procuramos interpretar os resultados obtidos da melhor forma possível na esperança que sirvam, no mínimo, para dar origem a investigações futuras. Não obstante, ressalta a importância de mais estudos de carácter longitudinal, de modo a compreender de forma mais aprofundada aspectos psicológicos desta população e a ultrapassar o carácter predominantemente descritivo e correlacional dos estudos transversais. A natureza transversal do desenho do estudo limita qualquer conclusão sobre a temporalidade e a direcção subjacentes às associações observadas. Séria igualmente importante o estudo destes sujeitos em diferentes momentos, pré e pós cirurgia, incluindo estudos dois anos após a realização da cirurgia, dado que a literatura nos indica que é a partir desta altura que muitas vezes os sujeitos começam a ganhar peso novamente, o que não foi possível neste estudo devido a limitações temporárias na recolha de

dados. Assim, pesquisas com amostras maiores e com utilização desses ou de outros instrumentos psicométricos, ampliando o tempo de avaliação e cruzamento com dados qualitativos devem ser realizados.

A maioria dos investigadores defende a posição de cautela na generalização sobre os aspectos psicopatológicos na obesidade (Fabricatore & Wadden, 2003; Wajner, 2000). O importante é perceber quando e como a psicopatologia aparece e que papel ela desempenha. Ainda assim, as pesquisas sobre a obesidade no decorrer da última década tiveram um forte impacto nos conceitos sobre esta doença e na sua abordagem clínica. À medida que os profissionais de saúde lidam com populações clínicas, o achado de perturbações clinicamente significativas em alguns pacientes é relevante e deve ser considerado na sua abordagem (Vasques et al., 2004), de modo a proporcionar uma avaliação e planeamento do tratamento de uma forma mais racional e individualizada no auxílio aos pacientes a estabelecerem metas razoáveis e a trabalharem para realizarem escolhas de vida saudáveis que levem a um maior bem-estar físico e psicológico (Dobrow et al., 2002).

Dado o mau prognóstico para a gestão a longo prazo do controlo de peso, os clínicos e profissionais de saúde necessitam de expandir os seus focos de intervenção e incluir outras estratégias de controlo do peso no sentido de melhorar o bem-estar dos obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica (Jeffery, Epstein, Wilson, Drownowski, Stunkard, & Wing, 2000). São bem conhecidos os aumentos de peso dois anos após a cirurgia, chegando a níveis semelhantes aos anteriores seis anos após a cirurgia (Garner & Wooley, 1991; Silva, 2005b). Para além, de que um obeso que consiga uma perda de peso significativa, mas que continue a comer compulsivamente precipita complicações médicas, não pode ser considerado um sucesso terapêutico, na medida em que é um processo incompleto em que as variáveis comportamentais foram negligenciadas (Travado et al., 2004). Neste sentido, podemos tecer algumas considerações acerca de orientações para a intervenção e prevenção. Revela-se fundamental repensar a avaliação dos candidatos à cirurgia bariátrica salientando-se a importância de um maior acompanhamento por parte destes sujeitos ao longo de todo o processo. Com a dificuldade de se tratar a obesidade, questões acerca da prevenção e promoção da saúde devem ser contempladas. A prevenção da obesidade mórbida assume uma importância fundamental tendo em conta o mau prognóstico para a gestão a longo prazo do controlo de peso.

Estudos sugerem que a depressão e obesidade interagem reciprocamente (WFMH, 2010). A longitudinal associação bidireccional entre a depressão e a obesidade é uma consideração importante para a prática clínica (WFMH, 2010). Uma vez que o ganho de peso

pode ser uma consequência da depressão, os prestadores de cuidados devem monitorar o peso dos pacientes depressivos. Da mesma forma, em pacientes com excesso de peso ou obesos, o humor deve ser monitorizado. Esta consciência pode levar a prevenção, detecção precoce, e co-tratamento para pessoas em risco, em última análise, reduzir a carga de ambas as condições (WFMH, 2010).

Os resultados deste estudo apontam que os obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica apresentam elevados níveis de somatização, *distress* associado a funções corporais. Neste estudo a prevalência de ansiedade e depressão são semelhantes, a ansiedade varia entre os 20% e os 31% e a depressão varia entre os 19% e 32%. São encontradas percentagens consideráveis de sujeitos que apresentam elevações nas escalas clínicas de sensibilidade interpessoal, ideação paranóide, personalidade hipocondríaca, depressiva e esquizofrénica. As mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa que os homens. A medida que envelhecem apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa. Os residentes em zonas rurais apresentam mais sintomatologia ansiosa. Os resultados apontam para uma associação negativa entre os níveis de depressão, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, obsessivo compulsivo e psicoticismo com o auto-conceito nos obesos seleccionados e aguardar a cirurgia bariátrica, indicando que quanto maior é o auto-conceito menores são os níveis de psicopatologia. Foram identificadas estratégias de *coping* associadas a maior psicopatologia em especial a Fuga-evitamento, não foram identificadas estratégias de *coping* associadas com menor morbidade psicológica. Foi verificada uma associação baixa entre auto-conceito e estratégias de *coping*.

Em função do estado actual de conhecimentos, pesquisas devem ser realizadas no sentido de alcançar uma caracterização clínica mais consistente dos obesos seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica. A literatura tem referido na existência de uma associação entre a somatização e as perturbações alimentares, seria interessante que futuros estudos pudessem investigar esta relação de forma mais compreensiva. Igualmente interessante seria explorar as relações do biótipo, onde determinado tipo de fisionomia predispõe a determinada personalidade. Podem ainda ser explorados as estratégias de *coping* perante situações de discriminação, e finalmente explorar formas de como obesidade pode ter consequências psicológicas positivas. Wajner (2000) sugere que embora não se possa generalizar os problemas psicológicos a todos os casos de obesidade é importante diferenciar aquelas patologias psíquicas que desempenham um papel importante no desenvolvimento da obesidade das que resultam da obesidade. Talvez a tarefa mais difícil na avaliação psicológica é descobrir a causa e o efeito de um fenómeno. Avaliação da personalidade,

psicopatologia e características psicossociais em pacientes com obesidade não é exceção, no qual muitos aspectos ainda precisam de ser esclarecidos (Chan et al., 2009). Os nossos resultados do estudo não são destinadas a minimizar as consequências potencialmente devastadoras sociais e de saúde da obesidade, mas sim para ajudar a fornecer um quadro mais complexo das experiências psicológicas dos indivíduos obesos.

Finalizando, espera-se que as informações descritas neste estudo possam contribuir como novos questionamentos e inspirar novas investigações neste domínio. Esperamos com este trabalho, contribuir para ampliar o conhecimento e compreensão dos aspectos psicológicos desta doença, associada às dimensões em análise, psicopatologia, alterações da personalidade, auto-conceito e estratégias de *coping* em pacientes seleccionados e a aguardar a cirurgia bariátrica que tem sido estudado de uma forma incipiente pela psicologia, contribuindo, deste modo, para o aprofundamento desta área e o desenvolvimento de futuros planos de intervenção.

## Bibliografia

- Abiles, V., Rodriguez-Ruiz, S., Abiles, J., Mellado, C., Garcia, A., Perez de la Cruz, A., & Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity Surgery, 20*, 161-167.
- Adami, G. F., Gandolfo, P., Bauer, B., & Scopinaro, N. (1995). Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *International Journal Eating Disorders, 17* (1), 45-50.
- Afonso, F. M., & Sichieri, R. (2002). Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do município do Rio de Janeiro, R. J. *Revista Brasileira de epidemiologia, 2*, 153-163.
- Alciati, A., D'Ambrosio, A., Foschi, D., Corsi, F., Mellado, C., & Angst, J. (2007). Bipolar spectrum disorders in severely obese patients seeking surgical treatment. *Journal of Affective Disorders, 101*, (1-3), 131-138.
- Alfermann, D., & Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of Sport Psychology, 31*, 47-65.
- Ali, M. R., Maguire, M. B. & Wolf, B. M. (2006). Assessment of Obesity-Related Comorbidities: A Novel Scheme for Evaluating Bariatric Surgical Patients. *Journal of American College of Surgeons, 202*, 70-77.
- Ali, M. R., Rasmussen, J. J., Monash, J. B., Fuller, W. D. (2009). Depression is associated with increased severity of co-morbidities in bariatric surgical candidates. *Surgery Obesity Related Disorders, 5* (5), 559-564.
- Allison, D. B., Kaprio, J., Korkeila, M., Koskenvuo, M., Neale, M., & Hayakawa, K. (1996). The heritability of body mass index among an international sample of monozygotic twins reared apart. *International Journal Related Metabolic Disorders, 20* (6), 501-506.
- Almeida, L., Simões, M., & Gonçalves, M. (1995). *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: Apport.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2009). *Publication Manual of the American Psychological Association (6ª Ed.)*. Washington: Automated Graphic Systems.

- Amorose, A. J. (2001). Intraindividual variability and self-evaluations in the physical domain: Prevalence, consequences, and antecedents. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 23, 222-244.
- Andersen, J. R., Aasprang, A., Bergsholm, P., Sletteskog, N., Våge, V., & Natvig, G. K. (2010). Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8 (48), 1-7.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorestein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 285-290.
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans: 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*, 16, 1129-1134.
- Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.
- Azevedo, A. P., Santos CC, Fonseca, D. C. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 150-53.
- Backnang, M. C. (2008). *Associations Among Obesity-Related Guilt, Shame, and Coping*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften, dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität, Marburg.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. W. H. New York: Freeman and Company.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behaviour*, 31, 143-164.
- Baptista, A. (1993). *A gênese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Bardaro, S., Patterson, E., Jan, J., July, L., Poole, R., Ude, L., & Hong, D. (2006). *Description of Psychological Profile in the Morbidly Obese. Analysis of 644 MMPI-2 Testes Before Bariatric Surgery*. Poster presented at the 23<sup>rd</sup> Annual Meeting of the American Society for Bariatric Surgery, São Francisco.
- Barlow, D. (1999). *Manual clínico dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed

- Barry, D., Pietrzak, R. H., & Petry, N. M. (2008). Gender Differences in Associations Between Body Mass Index and DSM-IV Mood and Anxiety Disorders: Results from the Nacional Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Annals of Epidemiology*, 18, 458-466.
- Baum, C. L., & Ford, W. F. (2004). The wage effects of obesity: a longitudinal study. *Health Economics*, 13 (9), 885-899.
- Becker, A. E., Burwel, R. A., Gilman, S. E., Herzog, D. B., Hamburg, P. (2002). Eating Behaviours and Attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls. *The British Journal of Psychiatry* 180, 509-514.
- Becker, E. S., Margraf, J., Turke, V., Soeder, U., & Neumer, S. (2001). Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Internationall Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, 25 (1), S1-S9.
- Benedetti, C. (2003). *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor.
- Bennett, J. C. & Goldman, L. (2001). *CECIL: Tratado de Medicina Interna*, 2 (21<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.
- Berg, C., Lappas, G., Wolk, A., Strandhagen, E., Torén, K., Rosengren, A., Thelle, D., & Lissner, L. (2009). Eating patterns and portion size associated with obesity in a Swedish population. *Appetite*. 52 (1), 21-26.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Black, D. W., Goldstein, R. B., & Mason, E. E. (1992a). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, 149, 227-234.
- Black, D.W., Goldstein, R.B., & Masson, E.E. (1992b). Preoperative evaluation and preparation of bariatric surgery candidates. In L.F. Martins (Ed.), *Obesity Surgery* (pp. 95-109). New York: McGraw-Hill.
- Black, J. L., & Macinko, J. (2008). Neighborhoods and obesity. *Nutrition Reviews*, 66 (1), 2-20.
- Blankmeyer, B. L., Smylie, K. D., Price, D. C., Costello, R. M., McFee, A. S., & Fuller, D. S. (1990). A replicated five cluster MMPI typology of morbidly obese female candidates for gastric bypass. *International Journal of Obesity*, 14, 235-247.

- Bocchieri, L. E., Meana, M., & Fisher, B. L. (2002). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (3), 155-165.
- Boekaerts, M. (1991). Subjective competence, appraisals and self-assessment. *Learning and Instruction*, 1 (1), 1-17.
- Boero, N. (2007). All the news that's fat to print: the American "obesity epidemic" and the media. *Qualitative Sociology*, 30, 41-60.
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902.
- Bonfà, F., Marchetta, L., Avanzi, M., Baldini, E., Raselli, R., Uber, E., & Cabrini, S. (2010). Exploratory evaluation of an obese population seeking bariatric surgery in an Italian public service. *Eating Weight Disorders*. 15 (3), 119-126.
- Bonfiglioli, C. M., Smith, B. J., King, L. A., Chapman, S. F., & Holding, S. J. (2007). Choice and voice: obesity debates in television news. *The Medical Journal of Australia*, 187 (8), 442-445.
- Bong, M., & Clark, R. E. (1999). Comparison between self-concept and self-efficacy in academic motivation research. *Educational Psychologist* 34 (3), 139-153.
- Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? *Educational Psychology Review* 15 (1), 1-40.
- Borges, M. H., Viana, F. P., Rezende, A. D. (2003). Obesidade, Doenças Cardiovasculares e Hipertensão. In A. Dâmaso (Ed.), *Obesidade*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda.
- Boros, S., & Halmy, L. (2009). Physical self-concept, trait depression and readiness for physical activity of obese patients. *Biomedical Human Kinetics*, 1, 60-62.
- Botelho, T. (1999). *Personalidade Materna e Prematuridade*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Braet, C., Mervielde, I., & Vandereycken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 22 (1), 59-71.
- Branco, L. M., Hilário, M. O. E., & Cintra, I. P. (2002). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com o seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (6), 292-300.
- Brandão, P. P. (2010). *Regulação Endócrina de Curto prazo de Harmônios Relacionados à Fome em Mulheres Obesas que Apresentam Episódios de Compulsão Alimentar*. Tese

- de Doutorado ao Programa de Pós-graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Bray, G. A., Nielsen, S. J., & Popkin, B. M. (2004a). Consumption of high-fructose corn syrup in beverages may play a role in the epidemic of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79 (4), 537-543.
- Bray, G. A., Paeratakul, S., & Popkin, B. M. (2004b). Dietary fat and obesity: a review of animal, clinical and epidemiological studies. *Physiology Behavior*, 83 (4), 549-555.
- Brennan, S. L., Henry, M. J., Nicholson, G. C., Kotowicz, M. A., & Pasco, J. A. (2009). Socioeconomic status and risk factors for obesity and metabolic disorders in a population-based sample of adult females. *Preventive Medicine*, 49 (2-3), 165-171.
- Brown, W. V., Fujioka, K., Wilson, P. W., & Woodworth, K. A. (2009). Obesity: why be concerned? *American Journal of Medicine*, 122 (Suppl 1), S4-11.
- Bryant, E. J., King, N. A., & Blundell, J. E. (2008). *Disinhibition: its effects on appetite and weight regulation*. *Obesity Reviews*, 9 (5), 409-419. doi: 10.1111/j.1467-789X.2007.00426.x
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal Eating Disorders*, 32 (1), 72-78.
- Bull, R. H., Engels, W. D., Engelman, F., & Bloom, L. (1983). Behavioral changes following gastric bypass surgery for morbid obesity: a prospective, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 457-467.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (2002). *MMPI-2, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2, Manual (3ªEd.)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Byrne, S.M. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1029-1036.
- Caetano, C., Carvalho, A. M., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 39-46.
- Cahnman, W. J. (1968). The stigma of obesity. *Sociological Quarterly*, 9, 283-299.
- Calugi, S., Dalle, Grave, R., & Marchesini, G. (2009). Night eating syndrome in class II-III obesity: metabolic and psychopathological features. *International Journal of Obesity*, 33 (8), 899-904.

- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavalle, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-Concept Clarity: Measurement, Personality Correlates, and Cultural Boundaries. *Journal of Personality and Social, 1* (70), 141-156.
- Campos, A. L. R. (1993). Aspectos psicológicos da obesidade. *Pediatria Moderna, 29*, 129-133.
- Candib, L. M. (2007). Obesity and diabetes in vulnerable populations: reflection on proximal and distal causes. *Annals of Family Medicine, 5* (6), 547-56.
- Capitão, C. G., & Tello, R. R. (2004). Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. *Revista de psicologia Hospitalar, 2* (2). Publicação on-line. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092004000200002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092004000200002&script=sci_arttext).
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J., & Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews, 9*, 11-19.
- Carpenter, K. M., Hasin, D.S., & Allison, D. B. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depression disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health, 90*, 251-257.
- Carroll, B. T., Kathol, R. G., Noyes, R., Wald, T. G., & Clamon, G. H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry, 15*, 69-74.
- Carr, D., Friedman, M. A., & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: the role of psychosocial mechanisms. *Body Image, 4* (2), 165-177.
- Carr, D., & Friedman, M. A. (2005). Is obesity stigmatizing? body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior, 46*, 244-259.
- Carvalho, A. M. P., Cataneo, C., Galindo, E. M. C., & Malfará, C. T. (2005). Auto Conceito e Imagem Corporal em Crianças Obesas. *Paidéia, 15* (30), 131-139.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social Psychology, 66*, 184-195.

- Cash, T. F., Winstead, B. A., & Janda, L. H. (1986). Body image survey report: The great American shape-up. *Psychology Today*, 19, 30-37.
- Castro De J. M. (1994). Family and friends produce greater social facilitation of food intake than other companions. *Physiology and Behavior*, 56 (3), 445-445.
- Cataneo, C., Carvalho, A., & Galinho, E. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controlo e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 39-46.
- Cavalcante, R. C. (2009). *Análise Comportamental de Obesos Mórbidos e de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Cercato, C., Mancini, M. C., Arguelho, A. M. C., Passos, V. Q., Vilarés, S. M. F., & Halpern, A. (2004). Systemic Hypertension, Diabetes Mellitus, and Dyslipidemia in Relation to Body Mass Index: Evaluation of a Brazilian population. *Revista do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo*, 59, 113-118.
- Chan, C. C., Napolitano, M. A., & Foster, G. (2009). Assessment of General Personality and Psychopathology Among Persons With Eating and Weight-Related Concerns. In D. B. Allison & M. L. Baskin (Eds.), *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-Related Problems* (pp. 1-31). California: SAGE Publications.
- Chaput, J. P., Leblanc, C., Pérusse, L., Després, J. P., Bouchard, C., & Tremblay, A. (2009). Risk factors for adult overweight and obesity in the Quebec Family Study: have we been barking up the wrong tree? *Obesity*, 17 (10), 1964-1970.
- Chelune, G. J., Ortega, D., Linton, J. C., & Boustany, M. M. (1986). Personality and cognitive findings among patients electing gastroplasty for morbid obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 701-712.
- Chemin, C., & Milito, F. (2007). Transtornos Alimentares Em Adolescentes. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 1, (2), 84-84.
- Chen, H., Cohen, P., Crawford, T. N., Kasen, S., Johnson, J. G., & Berenson, K. (2006). Relative impact of young adult personality disorders on subsequent quality of life: findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 20, 510-523.
- Chen Y, Jiang Y, & Mao Y. (2009). Association between obesity and depression in Canadians. *Journal of Women's Health*, 18 (10), 1687-1692.
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *The New England Journal of Medicine*, 357 (4), 370-379.

- Coetzee, L. R. (2011). *The Relationship Between Students' Academic Self-concept, Motivation and Academic Achievement at the University of the Free State*. Master These of Education presented at the University of South Africa, Florida.
- Cohen, D. A. (2008). Obesity and the built environment: changes in environmental cues cause energy imbalances. *International Journal of Obesity*, 32, (suppl 7), S137-S142.
- Cordás, T. A. (2001). Transtornos alimentares em discussão. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 23 (4), 178-79.
- Cordás, T. A. (2005). Obesidade e distúrbios Alimentares. *Psiquiatria: A Nova Realidade*, 1, 7-19.
- Cornette, R. (2008). The emotional impact of obesity on children. *Worldview on Evidence-Based Nursing*, 5, 136-141.
- Correia, S. K. B., Prette, Z. A. P., & Prette, A. (2004). Habilidades sociais em mulheres obesas: um estudo exploratório. *Psico-USF*, 9 (2), 201-210.
- Coutinho, W. F. (1999). *Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer*. Tese de Doutorado em medicina da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Coutinho, W. (2000). *Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Coutinho, W. F. (2006). Avaliação e tratamento da compulsão alimentar no paciente obeso. *Einstein*, supl 1, 49-52. Obtido em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/135-49-52.pdf>
- Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: what's the difference? *Journal of Personality*, 66, 919-945.
- Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: how early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19, 429-451.
- Crandall, C. S. (1995). Do parents discriminate against their heavyweight daughters? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 724-735.
- Crandall, C. S., D'Anello, S., Sakalli, N., Lazarus, E., Nejtardt, G. W., & Feather, N. T. (2001). An attribution-value model of prejudice: anti-fat attitudes in six nations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27 (1), 30-37.
- Crisp, A. H., & McGuiness, B., (1975). Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. *British Medical Journal*, 1, 7-9.

- Crisp, A. H., Queenan, M., Sittampaln, Y. et al. (1980). "Jolly fat revisited. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 233-241.
- Crisler, G. (2004). *Fat Land: How Americans Became the Fattest People in the World*. New York: Houghton Mifflin.
- Crocker, J., Cornwell, B., & Major, B. (1993). The stigma of overweight: Affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 60-70.
- Damaceno, V. O., Lima, J. R. P., Vianna, V. R. A., & Novaes, J. S. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira Medicina Esporte*, 11 (3), 181-186.
- Darmon, N., & Drewnowski, A (2008). Does social class predict diet quality? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87, 1107-1117.
- Davis, C. (2009). Psychobiological traits in the risk profile for overeating and weight gain. *International Journal of Obesity*, 33 (Suppl 2), S49-S53.
- Davison, K. K, & Birch, L. L. (2001). Weight status, parent reaction and self- concept in five years old girls. *Pediatrics*, 107 (1), 46-53.
- Delin, C. R. & Anderson, P. G. (1999). A preliminary comparasion of the psychological impact of laparoscopic gastric banding and gastric bypass surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*. 9, 155-160.
- Dias, J. P. (2008). Novas doenças mentais: Compulsão alimentar. Obtido em [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_opiniao.php?codigo=AOP0173&area=d5&subarea=](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0173&area=d5&subarea=)
- Diniz, M. T., Sander, M. F., & Almeida, S.R. (2003). Critérios de eficácia do tratamento cirúrgico e avaliação da qualidade de vida. In A. B. Garrido (Ed.), *Cirurgia da obesidade* (pp.309-316). São Paulo: Editora Atheneu.
- Direcção Geral da Saúde (2001). *Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2007). *Obesidade: uma doença crónica desconhecida*. Direcção Geral de saúde. Ministério da saúde.
- Dixon, J. B. (2010). The effect of obesity on health outcomes. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 316, 104-108.
- Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2003). Depression in association with severe obesity: Changes with weight loss. *Archives of Internal Medicine*, 163 (17), 2058-2065.

- Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2002). Changes in co-morbidities and improvements in quality of life after LAP-BAND placement. *The American Journal of Surgery*, *184*, 51-54.
- Dobrow, I. J., Kamenetz, C., & Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24* (Suppl III), 63-67.
- Donahue, E. M., Robins, R. W., Roberts, B. W., & John, O. P. (1993). The divided self: Concurrent and longitudinal effects of psychological adjustment and social roles on self-concept differentiation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 834-846.
- Drewnowski, A. (2007). The real contribution of added sugars and fats to obesity. *Epidemiologic Reviews*, *29* (1), 160-171. doi:10.1093/epirev/mxm011
- Drewnowski, A. (2009). Obesity, diets, and social inequalities. *Nutrition Reviews*, *67* (Suppl 1), S36-S39. doi:10.1111/j.1753-4887.2009.00157.x
- Duffey, K. J., Popkin, B. M. (2008). High-fructose corn syrup: is this what's for dinner? *American Journal of Clinical Nutrition*, *88* (suppl), 1722S-1732S.
- Dykes, J., Brunner, E. J., Martikainen, P. T., Wardle, J. (2004). Socioeconomic gradient in body size and obesity among women: the role of dietary restraint, disinhibition and hunger in the Whitehall II study. *International Journal of Obesity*, *28* (2), 262-268.
- Dymek, M., Grange, D. L., Neven, K., & Alverdy, J. (2002). Quality of life after Gastric Bypass Surgery: A cross-sectional study. *Obesity Research*, *10*, 1135-1142.
- Eccles, J., Wigfield, A., Harold, R. D., & Blumenfeld, P. (1993). Age and gender differences in children's self- and task perceptions during elementary school. *Child Development* *64* (3), 830-847.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 844-854.
- Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., & Faith, M. S. (2005). Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obesity Surgery*, *15* (3), 304-309.
- Faith, M. S., Flint, J., Fairburn, C. G., Goodwin, G. M., & Allison, D. B. (2001). Gender Differences in the Relationship between Personality Dimensions and Relative Body Weight. *Obesity Research*, *9* (10), 647-50.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., Appolinário, J. C. (2004) Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria, Rio Grande do Sul*, *26*, (1), 47-51.

- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII), 361-371.
- Feldenkrais, M. (1977). *Consciência pelo movimento*. Summus: São Paulo.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Ferraz, A. A. B., & Albuquerque, A. C. (2002). Farmacocinética no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. In A. B. Garrido (Org.). *Cirurgia da Obesidade*, (pp. 135-140). São Paulo: Atheneu.
- Ferreira, A., Santos, O., Pegacho, M., & Carvalho, M. (2010). Caracterização psicológica dos doentes candidatos a Cirurgia Bariátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4 (4), 181-189.
- Fisberg, M. (2006). Obesidade na Infância e Adolescência. XI Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos países de língua portuguesa, *Revista brasileira Educação Física*, 20 (supl. 5), 163-164.
- Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R., Kirschenbaum, D. S. (1993). Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychol*, 12, 342-345.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L., Curtin, L. R. (2010). Prevalence and trends in obesity among United States adults, 1999-2008. *JAMA* 303, 235-241.
- Folkman, S. (1988). *Ways of coping questionnaire sampler set manual, test booklet, scoring key*. Redwood: Mind Garden.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress process and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science Medicine*, 26, 309-317.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 992-1003.

- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Menezes, G. B., Papelbaum, M., Freitas, S. R., Godoy-Matos, A., et al. (2003). Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge eating disorder. *Psychiatry Research*, *119* (12), 189-94.
- Fox, K. R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, *31*, 228-240.
- Franques, A. R. M., & Arenales-Loli, M. S., (2006). *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Vetor.
- Franques, A. R. M., & Ascencio, R. F. R. (2006). Depressão e obesidade. In A. R. M. Franques & M. S. A. Loli (Eds), *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade* (pp. 125-135). São Paulo: Vetor.
- Frederick, C. M., & Grow, V. M. (1996). A mediational model of autonomy, self-esteem, and eating disordered attitudes and behaviors. *Psychology of Women Quarterly*, *20*, 217-228.
- Friedman, M. A. & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity. Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, *117*, 219-228.
- Galhordas, J. G. A. (2000). O Adolescente que faz uma tentativa de suicídio e o seu processo de Autonomia. Tese Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Gariepy, G., Nitka, D., & Schmitz N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, *34*, 407-419.
- Garner, D.M., & Wooley, S.C. (1991). Confronting the failures of behavioral and dietary treatment for obesity. *Clinical Psychology Review*, *11*, 729-780.
- Gatineau, M., & Dent, M. (2011). *Obesity and mental health*. Oxford: National Obesity Observatory.
- Geier, A. B., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2003). "Before and after" diet advertisements escalate weight stigma. *Eating and Weight Disorders*, *8* (4), 282-288.
- Gibson, S. (2008). Sugar-sweetened soft drinks and obesity: a systematic review of the evidence from observational studies and interventions. *Nutrition Research Reviews*, *21* (2), 134-147.
- Glinski, J., Wetzler, S., & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, *11*, 581-588.

- Godt, K. (2002). Personality disorders and eating disorders: The prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 10* (2), 102-109.
- Goldfein, J. A., Walsh, B. T., LaChaussée, J. L., Kissileff, H. R., Devlin, M. J. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal Eating Disorders, 14* (4), 427-431.
- Goldstein, L. T., Goldsmith, S. J., Anger, K., & Leon, A. C. (1996). Psychiatric symptoms in clients presenting for commercial weight reduction treatment. *International Journal Eating Disorders, 20* (2), 191-197.
- Gomes, M. C., & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2* (1), 35-45.
- Gordon, P. (2001). Obesity-Related Knowledge, Attitude and Behaviour in Obese and Non-obese Urban Philadelphia Female Adolescents. *Obesity Research, 9* (2), 112-118.
- Gouveia, J. L. R. V. (2004). *Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia da Saúde, apresentada na Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.
- Grana, A.S., Coolidge, F.L., & Merwin, M. (1989). Personality profiles of the morbidly obese. *Journal of Clinical Psychology, 45* (5), 762-765.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 948-958.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Ruan, W. J. (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Comprehensive Psychiatry, 46*, 1-5.
- Greenberg, B. S., Eastin, M., Hofschire, L., Lachlan, K., & Brownell, K. D. (2003). Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television. *American Journal of Public Health, 93* (8), 1342-1348.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M. (2004). Night-time eating in men and women with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy, 42* (4), 397-407.

- Gross, L. S., Li, L., Ford, E. S., & Liu, S. (2004). Increased consumption of refined carbohydrates and the epidemic of type 2 diabetes in the United States: an ecologic assessment. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79 (5), 774-779.
- Grover, V. P., Keel, P. K., Mitchell, J. P. (2003). Gender differences in implicit weight identity. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 125-135.
- Guérin, F., Marsh, H. W., & Famose, J. P. (2003). Construct validation of the self-description questionnaire II with a French sample. *European Journal of Psychological Assessment* 19 (2), 142-150.
- Gundersen, C., Mahatmya, D., Garasky, S., & Lohman, B. (2011). Linking psychosocial stressors and childhood obesity. *Obesity Reviews*, 12(5), 54-63.
- Hagger, M., Biddle, S., Wang, C. (2005). Physical Self-Concept in Adolescence: Generalizability of a Multidimensional, Hierarchical Model Across Gender and Grade. *Educational and Psychological Measurement*, 65 (2), 297-322.
- Hagger, M. S., Ashford, B., & Stambulova, N. (1998). Russian and British children's physical self-perceptions and physical activity participation. *Pediatric Exercise Science*, 10, 137-152.
- Hallstrom, T., & Noppa, H. (1981). Obesity in woman in relation to mental illness, social factors and personality traits. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 75-82.
- Harbron, J. (2011). *The association between genotype and BMI, health and lifestyles indicators as well as weight loss outcomes in overweight/obese Caucasian adults*. Dissertation presented for the degree of Doctor of Physiological Sciences at the University of Stellenbosch, Stellenbosch.
- Harden, C. J., Corfe, B. M., Richardson, J. C., Dettmar, P. W., Paxman, J. R. (2009). Body mass index and age affect Three-Factor Eating Questionnaire scores in male subjects. *Nutrition Research*, 29 (6), 379-382.
- Hardy, L., & Moriarty, T. (2006). Shaping self-concept: The elusive importance effect. *Journal of Personality* 74 (2), 377-401.
- Harris, M. B., & Smith, S. D. (1983). The relationships of age, sex, ethnicity, and weight to stereotypes of obesity and self perception. *International Journal of Obesity*, 7 (4), 361-371.
- Harter, S. (1998). The development of self-representations. In W. Damon (Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology, Vol. 3, Social, emotional, and personality development* (5th edition) (pp. 553-617), New York: Wiley.

- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guildford Press.
- Hay, P., & Fairburn, C. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal Eating Disorders* 23(1), 7-15.
- Hays, N. P., Bathalon, G. P., Roubenoff, R., McCrory, M. A., & Roberts, S. B. (2006). Eating behavior and weight change in healthy postmenopausal women: results of a 4-year longitudinal study. *The Journal of Gerontology Series A Biological Sciences*, 61 (6), 608-615.
- Hays, N. P., Bathalon, G. P., McCrory, M. A., Roubenoff, R., Lipman, R., Roberts, S. B. (2002). Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 y. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75 (3), 476-83.
- Hebl, M. R., & Heatherton, T. F. (1998). The stigma of obesity in women: the difference is black and white. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24 (4), 417-426.
- Himes, S. M., & Thompson, J. K. (2007). Fat stigmatization in television shows and movies: a content analysis. *Obesity*, 15 (3), 712-718.
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., Ben-Porath, Y., & Monnier, J. (1994). Gender and coping: a dual-axis model of coping. *American Journal of Community Psychology*, 22, 49-82.
- Howell, M.J, Schenck, C. H., & Crow, S. J. (2009). A review of night-time eating disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 13 (1), 23-34.
- Hsu, L. K., Betancourt, S., & Sullivan, S. P. (1996). Eating Disturbances Before and After Vertical Banded Gastroplasty: A Pilot Study. *International Journal Eating Disorders*, 19 (1), 23-34.
- Hughes, G., & Degher, D. (1993). Coping with a deviant identity. *Deviant Behavior*, 14, 297-315.
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, P., Priestman, T., & Wallace L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. The effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*, 30, 37-40.
- International Obesity Task Force. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5 (Suppl. 1), 4-104.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Litlere, O. & Nevenon, L. (2006). Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eating Behaviors*, 7 (2), 161-175.
- Jackson, T. D., Grilo, C. M., & Masher, R. M. (2000). Teasing history, onset of obesity, current eating disorder, psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. *Obesity Research*, 8, 221-236.

- Jain, A., & Tirodkar, M. (2001). *Food messages on African-American television shows*. Paper presented at: Annual Meeting of the Ambulatory Pediatric Association/Society for Pediatrics Research, April 2001, Baltimore.
- James, W. (2008). WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity*, 32, 120-126.
- Jeffery, R. W., Epstein, L. H., Wilson, G. T., Drewnowski, A., Stunkard, A. J., & Wing, R. R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychology*, 19, 5-16.
- Johnsen, L. A. P., Gorin, A., Stone, A. A., Grange, D. (2003). Characteristics of binge eating among women in the community seeking treatment for binge eating or weight loss. *Eating Behaviors*, 3, 295-305.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Personality disorder traits evident by early adulthood and risk for eating and weight problems during middle adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 184-92.
- Jones-Corneille, L. R., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Faulconbridge, L. F., Fabricatore, A. N., Stack, R. M., ... Williams, N. N. (2010). Axis I Psychopathology in Bariatric Surgery Candidates with and without Binge Eating Disorder: Results of Structured Clinical Interviews. *Obesity Surgery*, 19. doi: 10.1007/s11695-010-0322-9
- Jonge, J., & Dormann, C. (2006). Stressors, Resources, and Strain at Work: A Longitudinal Test of the Triple-Match Principle. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1359-1374.
- Kakizaki, M., Kuriyama, S., Sato, Y., Shimazu, T., Matsuda-Ohmori, K., Nakaya, N., ... Tsuji, I. (2008). Personality and body mass index: a cross-sectional analysis from the Miyagi Cohort Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 64 (1), 71-80.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Courcoulas, A. P., Pilkonis, P. A., Ringham, R. M., ... Rofey, D. L., (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry*, 164 (2), 328-334.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaufman, L. (1980). Prime-time nutrition. *Journal of Communication*, 30 (3), 37-46.
- Kayman, S., Bruvold, W., & Stern, J. S. (1990). Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 52 (5), 800-807.

- Kim, S. H., & Willis, L. A. (2007). Talking about obesity: news framing of who is responsible for causing and fixing the problem. *Journal of Health Communication*, 12 (4), 359-376.
- Kincannon, J. C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: the mini-mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 319-325.
- Kinge, J. M., & Morris, S. (2010). Socioeconomic variation in the impact of obesity on health-related quality of life. *Social Science & Medicine*, 71 (10), 1864-1871.
- Khaodhiar, L., & Blackburn, G. L. (2001). Health Benefits and Risks of Weight Loss. In Bjorntorp, P. (ed), *International Textbook of Obesity* (pp. 413-440). Chichester: John Wiley & Sons.
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Singh-Manoux, A., Nabi, H., Sabia, S., Tabak, A. G., ... Jokela, M. (2009). Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 149-155
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Williams, G. R., Hartley, G. G., & Nicol, S. (2001a). The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obesity Research*, 9, 564-571.
- Kolotkin, R. L., Meter, K., & Williams, G. R. (2001b). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, 2, 219-229.
- Lampert, L. (1993). Fat like me. *Ladies' Home Journal*, 110 (5), 154-155.
- Lang, T., Hauser, R., Schlumpf, R., Klaghofer, R., & Buddeber, C. (2000). Psychische Komorbidität und lebensqualität von patienten mit morbidem adipositas und wunsch nach gastric banding. *Schweiz Med Wochenschr*, 130, 739-748.
- Larsen, J. K., Geenen, R., Maas, C., de Wit, P., van Antwerpen, T., Brand, N., van Ramshorst, B. (2004). Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obesity Research*, 12 (11), 1828-1834.
- Lazarus, R. S. (1992). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Ed.), *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp.11-31). WHO Regional Publications. European Series, 44.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Leite, C. D. J. L. S. S (2009). *Perceived body image, obesity and food intake in 13-years old adolescents*. Tese de Mestrado em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

- Leon, G. R., Eckert, E. D., & Teed, D. B. (1979). Buchwald H. Changes in body image and other psychological factors after intestinal bypass surgery for massive obesity. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 39-55.
- Lerdal, A., Andenæs, R., Bjørnsborg, E., Bonsaksen, T., Borge, L., Christiansen, B., ... Fagermoen, M. S. (2011). Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. *Quality of Life*, 19, 1-10.
- Lezenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.
- Linde, J. A., Jeffery, R. W., Levy, R. L., Sherwood, N. E., Utter, J., Pronk, N. P., & Boyle, R. G. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 28 (3), 418-425.
- Link, B. G., Mirotznik, J., & Cullen, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302-320.
- Loos, R. J., & Bouchard, C. (2003). Obesity-is it a genetic disorder? *Journal of Internal Medicine*, 254 (5), 401-425.
- Lopes, P., Barreira, D., & Pires, A. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do defeito de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 47-57.
- Luiz, A. M. A, Gorayeb, R, Júnior, R. R. L., & Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10 (1), 35-39.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx B. W. J. H., & Zitman, Z. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67 (3), 220-229.
- Lyons, R. F., Mickelson, K. D., Sullivan, M. J., & Coyne, J. C. (1998). Coping as a communal process. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 579-605.
- Ma, J., & Xiao L. (2010). Obesity and depression in US women: results from the 2005-2006 National Health and Nutritional Examination Survey. *Obesity (Silver Spring)*, 18 (2), 347-353.

- Machado, B. C., Gonçalves, O. F., Machado, P. P. P., Henriques, M. R., Brandão, I., Roma-Torres, A. (2005). Anorexia Nervosa e Construção de Significado: Validação divergente de uma narrativa protótipo. *Revista de informação e divulgação científica do NDCA*, 2 (4), 1-12.
- MacNair, R. R., & Elliott, T. R. (1992). Self-perceived problem-solving ability, stress appraisal, and coping over time. *Journal of Research in Personality*, 26, 150-164.
- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Persico, M., Bleecker, F., & VanArsdall, G. (1997). Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obesity Surgery*, 7, 397-404.
- Maddox, G. L., Back, K.W., Liederman, W. R. (1968). Overweight as social deviance and disability. *Journal of Health and Social Behavior*, 9 (4), 287-298.
- Maes, H. H., Neale, M. C., & Eaves, L. J. (1997). Genetic and environmental factors in relative body weight and human obesity. *Behavior Genetics*, 27 (4), 325-351. doi: 10.1023/A:1025635913927
- Malik, V. S., Schulze, M. B., & Hu, F. B. (2006). Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84 (2), 274-288.
- Maranto, C. L., & Stenoien, A. F. (2000). Weight discrimination: a multidisciplinary analysis. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 12, 9-24.
- Marín-Guerrero, A. C., Gutiérrez-Fisac, J. L., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., Rodríguez-Artalejo, F. (2008). Eating behaviours and obesity in the adult population of Spain. *British Journal of Nutrition*, 100 (5), 1142-1148. doi: 10.1017/S0007114508966137
- Markowitz, S., Friedman, M. A., & Arent, S. M. (2008). Understanding the relation between obesity and depression: Causal mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 1-20.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social-psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Malone, M., & Mayer-Alger, S. (2004). Binge status and quality of life after gastric bypass surgery: A one-year study. *Obesity Research*, 12 (3), 473-481.
- Mamplekou, E., Komesidou, V., Bissias, C., Papakonstantinou, A. & Melissas, J. (2005). Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obesity Surgery*, 18 (8), 1177-1184.

- Marchesini, G., Natale, S., Chierici, S., Manini, R., Besteghi, L., Di Domizio, S., ... Melchionda, N. (2002). Effects of cognitive – behavioural therapy on healthrelated quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *International Journal of Obesity* 26, 1261-1267.
- Maroney, D., & Golub, S. (1992). Nurses' attitudes toward obese persons and certain ethnic groups. *Perceptual and Motor Skills*, 75, 387-391.
- Marques-Vidal P., D. C. (2005) Trends in Overweight and Obesity in Portugal: The National Health Surveys 1995-6 and 1998-9. *Obesity Research*, 13 (7), 1141-1145.
- Marquez, D. X., & McAuley, E. (2001). Physique anxiety and self-efficacy influences on perceptions of physical evaluation. *Social Behavior and Personality*, 29, 649-660.
- Marsh, H.W. (1987). The big fish-little pond effect on academic self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 79, 280-295.
- Marsh, H. W. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: Preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81, 417-430.
- Marsh, H.W. (1990). A multidimensional, hierarchical model of self-concept: theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review* 2, 2-77.
- Marsh, H. W. (1990). A multidimensional, hierarchical self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, 2, 77-171.
- Marsh, H. W. (1996). Construct validity of physical self-description questionnaire responses: Relations to external criteria. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18, 111-131.
- Marsh, H. W. (2008). The elusive importance effect: More failure for the Jamesian perspective on the importance of importance in shaping self-esteem. *Journal of Personality*, 76 (5), 1081-1122.
- Marsh, H.W., Barnes, J., & Hocevar, D. (1985). Self-other agreement on multidimensional selfconcept ratings: Factor analysis and multitrait-multimethod analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 49 (5), 1360-1377.
- Marsh, H. W., Byrne, B. M., & Shavelson, R. J. (1988). A multifaceted academic self-concept: its hierarchical structure and its relation to academic achievement. *Journal of Educational Psychology* 80 (3), 366-380.
- Marsh, H. W., & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of self-concept. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept. Developmental, social and clinical considerations* (pp. 38-90). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Marsh, H. W., Parada, R. H., & Ayotte, V. (2004). A multidimensional perspective of relations between self-concept (Self Description Questionnaire II) and adolescent mental health (Youth Self-Report). *Psychological Assessment, 16* (1), 27-41.
- Marsh, H.W., & Redmayne, R. S. (1994). A multidimensional physical self-concept and its relations to multiple components of physical fitness. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 16*, 43-55.
- Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist 20* (3), 107-123.
- Marsh, H.W., & Yeung, A. S. (1996). The distinctiveness of affects in specific school subjects: An application of confirmatory factor analysis with the national educational longitudinal survey of 1988. *American Educational Research Journal 33* (3), 665-689.
- Mataruna, L. (2002). *A imagem corporal sob a ótica fisiológica: analisando as obras de Paul Schilder*. Monografia de Pós-Graduação em Educação Física da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Mather, A. A. Cox, B. J. Enns, M. W., & Sareen, J. (2008). Associations Between Body Weight and Personality Disorders in a Nationally Representative Sample. *Psychosomatic Medicine, 70*, 1012-1019.
- Mather, A. A. Cox, B. J. Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample.
- Martins, I. S., Gomes, A. D., & Pasini, V. (1989). Níveis lipêmicos e alguns fatores de risco de doenças cardiovasculares em população do município de São Paulo, SP (Brasil). *Revista de Saúde Pública de São Paulo, 23*, 26-38.
- Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B., & Bryant, F. B. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behaviour, and depressive mood in adolescents. *Research in Nursing and Health, 32*, 96-109.
- Matos, A. P., & Lobo, J. C. (2009). A Paralisia Cerebral na Adolescência: Resultados de uma Investigação. *Psicologia USP, 20* (2), 229-249.
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J., & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira Psiquiatria, 24* (4), 165-169.
- Matos, M. I., & Zanella, M. T. (2002). Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade Grau III. *Revista Abeso, v.3, n.9*. Obtido em <http://www.abeso.org.br/pagina/210/alterac%C3%B5es-do-comportamento-alimentar,-ansiedade,-depressao.shtml>. (01.05.2011).

- Mauri, M., Rucci, P., Calderone, A., Santini, F., Oppo, A., Romano, A., ... Cassano, G. B. (2008). Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (2), 295-301.
- Mazzoni, R., Mannucci, E., Rizzello, S. M., Rica, V., & Rotella, C. M. (1999). Failure of acupuncture in the treatment of obesity: a pilot study. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 4 (4), 198-202.
- McCrae, R. R., John, O. P., & Costa, P. T. (1992). An introduction to the five factor model and its applications, *Journal of Personality*, 60 (2), 175-215.
- McCrorry, M. A., Fuss, P. J., Hays, N. P., Vinken, A. G., Greenberg, A. S., & Roberts, S. B. (1999). Overeating in America: association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. *Obesity Research*. 7 (6), 564-571.
- McElroy, S. L., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E. B., Keck, P. E., & Nemeroff, C. B. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (5), 634-651.
- McIntyre, T., Pereira, M. G., Soares, V., Gouveia, J., & Silva, S. (1999). *Escala de ansiedade e depressão hospitalar*. Versão portuguesa de investigação. Universidade do Minho: Departamento de Psicologia.
- Mello, C. A. P. (2001). *Gastroplastia Vertical em Y de Roux: Resgate da qualidade de vida dos obesos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Melo, R. C. C. P. (2005). Auto-conceito e Desenvolvimento de Competências Relacionais de ajuda: Estudo com estudantes de enfermagem. *Revista Referência*, 1, 63-71.
- Melo, R. C. C. P. (2007). Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: Estudo com estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41, 189-210.
- Melo, R.C. C. P. (2008). Auto-conceito: implicações no desenvolvimento de estratégias de coping. *Revista Nursing*, 230, 6-13.
- Mendonça, C. P., & Anjos, L. A. (2004). Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Caderno. Saúde Pública*, 20, 698-709.
- Mercer, S. (2011). *Towards an Understanding of Language Learner Self-Concept*. New York: Springer.

- Merchant, A. T., Vatanparast, H., Barlas, S., Dehghan, M., Shah, S. M., De Koning, L., & Steck, S. E. (2009). Carbohydrate intake and overweight and obesity among healthy adults. *Journal of American Dietetic Association, 109* (7), 1165-1172.
- Merwe, van der, M. T. (2007). Psychological correlates of obesity in women. *International Journal of Obesity, 31*, (2), S14-S18.
- Miller, C. T., Rothblum, E. D., Brand, P. A., & Felicio, D. M. (1995). Do obese women have poorer social relationships than non-obese women? Reports by self, friends, and co-workers. *Journal of Personality, 63* (1), 65-85.
- Molinari, E., & Riva, G. (1995). Self-others perception in a clinical sample of obese women. *Perceptual and Motor Skills, 80*, 1283-1289.
- Monsivais, P., & Drewnowski, A. (2009). Lower-energy-density diets are associated with higher monetary costs per kilocalorie and are consumed by women of higher socioeconomic status. *Journal of the American Dietetic Association, 109* (5), 814-822.
- Moore, M. E., Stunkard, A., & Srole, L (1962). Obesity, social class, and mental illness. *Journal of the American Medical Association, 181*, 962-966.
- Morais, C. M. R. (2010). *Avaliação do Auto-Conceito no Doente Submetido a Cirurgia Bariátrica*. Trabalho de Investigação apresentado a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto.
- Moreira, P. (2005). *Obesidade: Muito peso, várias medidas (2ª ed.)*. Porto: Ambar.
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24* Suppl III, 18-23.
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity, 23*, 221-230.
- Napolitano, M. A., Head, S., Babyak, M. A., & Blumenthal, J.A. (2001). Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *International Journal Eating Disorders, 30* (2), 193-203.
- National Center for Health Statistics (2011a). *Health, United States, 2010: in Brief*. Hyattsville: National Center for Health Statistics. Obtido em <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>
- Nederkoorn, C., Smulders, F. T. Y., Havermans, R. C., Roefs, A., & Jansen, A. (2006). Impulsivity in obese women. *Appetite, 47*, 253– 256.

- Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Faibisch, L. (1998). Perceived stigmatization among overweight African-American and Caucasian adolescent girls. *Journal of Adolescent Health, 23*, 264-270.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Harris, T. (1999). Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *Journal of Nutrition Education, 31*, 3-9.
- Novick, N., Cauce, A. M., & Grove, K. (1996). Competence self-concept. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept. Developmental, social and clinical considerations* (pp. 210-258). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Nozaki, V. T., & Rossi, N. M. (2010). Imagem Corporal: Cirurgia Bariátrica. *Revista Saúde e Pesquisa, 2* (3), 185-191.
- Nunes, M. A. A., Apolinário, J. C. Abuchaim, A. L. G., & Coutinho, W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Observatório Nacional da Actividade Física e do Desporto (2011). *Livro verde da aptidão física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- O' Brien, K. S., Halberstadt, J., Hunter, J. A., Anderson, J., & Caputi, P. (2008). Do antifat attitudes predict antifat behaviors? *Obesity, (Suppl 2)*, 87-92.
- O' Neil, P. M., Jarrell, M. P. (1992). Psychological aspects of obesity and very-low-calorie diets. *American Journal of Clinical Nutrition, 56* (1 Suppl), 185S-189S.
- Ogden, C. L., Lamb, M. M. Carroll, M. D. (2010). Obesity and Socioeconomic Status in Adults: United States, 2005–2008. *NCHS Data Brief, No. 50*.
- Oliveira, J. H. A. (2006). Aspectos psicológicos de obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Oliveira, J. H. A., & Yoshida, E. M. P. (2009). Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 22*(1), 12-19.
- Oliveira, V. M., Linardi, R. C., & Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica, 31* (4), 199-201.
- Onyike, C. U., Crum, R. M, Lee, H. B., Lyketsos, C. G., Eaton, W. 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.

- Organização Mundial de Saúde (2004). *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global Relatório da consultoria da OMS*. Genebra: OMS.
- Ortega-Alonso, A., Sipilä, S., Kujala, U. M., Kaprio, J., & Rantanen, T. (2009). Genetic influences on change in BMI from middle to old age: a 29-year follow-up study of twin sisters. *Behavior Genetic*, 39 (2), 154-164.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2006). As variáveis psicológicas positivas como amortecedores entre situações de doença grave traumática e stress. In: P.Costa, C. L. Pires, J. Veloso & C. L. Pires (Org.). *Stresse Pós-Traumático - Modelos, Abordagens & Práticas* (pp.13-19). Leiria: Editorial Diferença.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde. Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do *Ways of Coping Questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 491-502.
- Pajares, F., & Miller, M. D. (1994). Role of self-efficacy and self-concept beliefs in mathematical problem solving: A path analysis. *Journal of Educational Psychology* 86 (2), 193-203.
- Pajares, F., & Schunk, D. H. (2005). Self-efficacy and self-concept beliefs. In W. Marsh, R. G., Craven & D. M. McInerney, (Eds.). *International advances in self research, vol. 2*. (pp 95-12) Connecticut: Information Age Publishing.
- Palinkas, L. A., Wingard, D. L., & Barrett-Conner, E. (1996). Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the “jolly fat” hypothesis. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 59-66.
- Palta, M., Prineas, R. J., Berman, R., & Hannan, P. (1982). Comparison of self-reported and measured height and weight. *American Journal of Epidemiology*, 115, 223-230.
- Papas, M. A., Alberg, A. J., Ewing, R., Helzlsouer, K. J., Gary, T. L., & Klassen, A. C. (2007). *The Built Environment and Obesity*. *Epidemiologic Reviews* 29 (1), 129-143.
- Paradise, A. W., & Kernis, M. H. (2002). Self-esteem and psychological well-being: Implications of fragile self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 345-361.
- Park, J. (2003). Adolescent self-concept and health into adulthood. *Health Reports*, 14 (Suppl), 41-52.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344.

- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos Big Five. In J. Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 530-544). Lisboa: ISPA.
- Paul, R. J., & Townsend, J. B. (1995). Shape up or ship out? Employment discrimination against the overweight. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 8, 133-145.
- Paxton, S. J., Wertheim, E. H., Gibbons, K., Szmukler, G. I., Hillier, L. & Petrovich, J. L. (1991). Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 161-379.
- Pereira, Francischi & Lancha (2003). Obesidade: Hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47 (2), 111-127.
- Pereira, M. F. C. (2007). *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia*. Dissertação Mestrado em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Perlini, A. H., Bertolissi, S., & Lind D. L. (1999). The effects of women's age and physical appearance on evaluations of attractiveness and social desirability. *The Journal of Social Psychology*, 139, 343-354.
- Perlini, A. H., & Lippe, C. D. E. (2006). Resourcefulness and social desirability trait ascriptions of males: An evaluation of age and sex. *Social Behavior and Personality*, 34, 827-836.
- Perlini, A. H., Marcello, A., Hansen, S. D., & Pudney, W. (2001). The effects of male age and physical appearance on evaluations of attractiveness, social desirability, and resourcefulness. *Social Behavior and Personality* 29, 277-288
- Petribu, K., Ribeiro, E. S., Oliveira, F. M. F., Braz, C. I. A., Gomes, M. L. M., Araujo, D. E., ... Ferreira, M. N. L. (2006). Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 50 (5), 901-908.
- Pickering, R. P., Grant, B. F., Chou, S. P. & Compton, W. M. (2007). Are overweight, obesity, and extreme obesity associated with psychopathology? Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 998-1009.

- Popkin, B. M. (2006). Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *American Journal of Clinical Nutrition*, *84*, 289-298.
- Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity*, *32*, 992-1000.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Obesity, bias, and discrimination. *Obesity Research*, *8*, 788-805.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behaviors* *4*, 53-78.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, *14*, 1802–1815.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, *17*, 941-964.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, *6*, 1019-1028.
- Puhl, R. M., Heuer, C. A., & Sarda, V. (2010). Framing messages about weight discrimination: impact on public support for legislation. *International Journal of Obesity advance online publication*, 1-10.
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, *133*, 557-580.
- Puoane, T., Steyn, K., Bradshaw, D., Laubscher, R., Fourie, J., Lambert, V., & Mbananga, N. (2002). Obesity in South Africa: the South African demographic and health survey. *Obesity Research*, *10* (10), 1038-1048.
- Rafferty, A. E., & Griffin, M. A. (2006). Perceptions of Organizational Change: A stress and Coping Perspective. *Journal of Applied Psychology*, *91*, 1154-1162.
- Ramos, S. I. V., & Carvalho, A. J. R. (2008). Nível de Stress e Estratégias de Coping dos Estudantes do 1º Ano do Ensino Universitário de Coimbra. *O Portal dos Psicólogos*, 1-17. Publicação on-line. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>.
- Rand, C. S., MacGregor, A. M. (1991). Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. *International Journal of Obesity*, *5*, 577-579.

- Rand, C. W., & MacGregor, A. M. C. (1990). Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *Southern Medical Journal*, 83, 1391-1395.
- Randolph, J. (1986). Enhancing psychosocial adaptations to gastric portioning for morbid obesity. *CMAL*. 134 (15), 1359-1361.
- Rankinen, T., Zuberi, A., Chagnon, Y. C., Weisnagel, S. J., Argyropoulos, G., Walts, B., Pérusse, L., & Bouchard, C. (2006). *The human obesity gene map: the 2005 update*. *Obesity*, 14 (4), 529-644.
- Rashmi, & Jaswal, S. (2010). Self-Concept of Obese and Non-Obese Urban Teenagers. *Journal of Psychology*, 1 (2), 73-78.
- Raudsepp, L., Liblik, R., & Hannus, A. (2002). Children's and adolescent's physical selfperceptions as related to moderate to vigorous physical activity and fitness. *Pediatric Exercise Science*, 14, 97-106.
- Rebelo, A., Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Analise Psicológica*, 3 (XXV), 467-477.
- Reis, J.C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsissocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veiga.
- Reto, C. S. (2003). Psychological aspects of delivering nursing care to the bariatricpatient. *Critical Care Nursing Quartely*, 26, (2), 139-149.
- Ribeiro, S. F. S. (2008). *Obesidade infantil*. Tese de Mestrado em Medicina. Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã.
- Rich, E., & Evans, J. (2005). 'Fat ethics'- The Obesity Discourse and Body Politics. *Social Theory & Health*, 3 (4), 341-358.
- Roberts, R. E., Deleger, S., Strawbriedge, & Kaplan, G. A. (2003). Prospective association between obesity and depression: Evidence from Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, 27, 514-521.
- Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. (2000). Are the obese at greater risk for depression? *American Journal of Epidemiology*, 152, 163-170.
- Roberts, R. E., Strawbriedge, W. J., Deleger, S., & Kaplan, G. A. (2002). Are the fat more jolly? *Annals of behavioral Medicine*, 24, 169-180.
- Roberts, R. J. (1995). Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? *Public Health*, 109, 275-284.

- Rocha, C. M. C. S. (2009). *Aspectos psicológicos na obesidade: Avaliação dos Níveis de Ansiedade, Depressão e do Auto-conceito em Obesos que vão ser Submetidos à Cirurgia Bariátrica*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada a Faculdade de Filosofia de Braga, Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Rodrigues, C., Torres, S., & Alves, A. P. (2010). E que tal crescer para cima? Elaboração, implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo com adolescentes obesos. *Revista Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Escolar*, 3, 3-13.
- Roehling, M. V. (1999). Weight-based discrimination in employment: psychological and legal aspects. *Personnel Psychology*, 52, 969-1017.
- Roehling, M. V., Roehling, P. V., & Pichler, S. (2007) The relationship between body weight and perceived weight-related employment discrimination: the role of sex and race. *Journal of Vocational Behavior*, 71, 300-318.
- Romão, I., Roth, J. (2008). Genetic and environmental interactions in obesity and Type 2 Diabetes. *Journal of the American Dietetic Association*, 108 (4 Suppl 1), S24-S28.
- Rosenheck, R. (2008). Fast food consumption and increased caloric intake: a systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk. *Obesity Reviews*, 9 (6), 535-547.
- Rosen-Reynoso, M., Alegría, M., Chen, C.N., Laderman, M., & Roberts R. (2011). The relationship between obesity and psychiatric disorders across ethnic and racial minority groups in the United States. *Eating Behaviors*, 12, 1-8.
- Rosik, C. H. (2005). Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: Rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obesity Surgery*, 15 (5), 677-683.
- Rosmond, R., Baghei, F., Holm, G., & Björntorp, P. (2001). Relationships between personality disorders and anthropometry, hormones and metabolism in women. *Journal of Endocrinological Investigation*, 24 (3), 159-65.
- Rosmond, R., & Björntorp, P. (1998). Endocrine and metabolic aberrations in men abdominal obesity in relation to anxio-depressive infirmity. *Journal of Metabolism*, 47(10), 1187-1193.
- Rosmond, R., Eriksson, E., & Björntorp, P. (1999). Personality disorders in relation to anthropometric, endocrine and metabolic factors. *Journal of Endocrinological Investigation*, 22 (4), 279-88.

- Rudolph, C. W., Wells, C. L., Weller, M. D., & Baltes, B. B. (2009). A meta-analysis of empirical studies of weight-based bias in the workplace. *Journal Vocational Behavior*, 74, 1-10.
- Rudolph, K. D., Denning, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.
- Rydén, A., Karlsson, J., Persson, L.O., Sjöström, L., Talf, C., & Sullivan, M. (2001). Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 177-188.
- Rydén, A., Karlsson, J., Sullivan, M., Torgerson, J. S., & Taft, C. (2003a). Coping and distress: what happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Psychosomatic Medicine*, 65, 435-442.
- Rydén, A., Sullivan, M., Torgerson, J. S., Karlsson, J., Lindroos, A. K., & Taft, C. (2003b). Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *International Journal Obesity Related Metabolic Disorders*, 27 (12), 1534-40.
- Rydén, A., Sullivan, M., Torgerson, J. S., Karlsson, J., Lindroos A. K., & Taft, C. (2004). A comparative controlled study of personality in severe obesity: a 2-y follow-up after intervention. *International Journal Obesity Related Metabolic Disorders*, 28 (11), 1485-93. doi:10.1038/sj.ijo.0802768
- Rydén, O., & Danielsson, A. (1983). Personality features of grossly obese surgical patients: A preoperative study. *Archives for Psychology (Frankfurt)*, 135 (2), 115-134.
- Sabia, J. J. (2007). The effect of body weight on adolescent academic performance. *Southern Economic Journal*, 73 (4), 78-90.
- Sabry, M. O. D., Sampaio, H. A. C., Silva, M. G. C. (2002). Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no nordeste do Brasil. *Revista Nutrição*, 15 (2), 139,147.
- Sacoto, C. F. C. B. (2010). *As experiências depressivas da personalidade e o auto-conceito na idade adulta avançada*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M., Cordás, T. A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 164-166.
- Sallis, J. F., & Patrick, K. (1994). Physical activity guidelines for adolescents: Consensus statement. *Pediatric Exercise Science*, 6, 302-314.

- Salvy, S. J., Howard, M., Read, M., & Mele, E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *90* (2), 282-287.
- Sánchez, R. S., López, A. J. C., Vargas, M. A., Téllez, Z. J. F., Vásquez, V. V., Arcila, M. D., et al. (2003). Prevalencia de transtornos psiquiátricos en pacientes con obesidad extrema candidatos a cirugía bariátrica. *Revista de Investigación Clínica*, *55* (4), 400-406.
- Sánchez-Villegas, A., Madrigal, H., Martínez-González, M. A., Kearney, J., Gibney, M. J., de Irala, et al. (2001). Perception of body image as indicator of weight status in the European Union. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *14*, 93-102.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., Monteith, D. (2001). Obesity, borderline personality symptomatology, and body image among women in a psychiatric outpatient setting. *International Journal Eating Disorders*, *29* (1), 76-79.
- Santos, M. A., Peres, R. S., & Benez, M. S. L. (2002). Contribuições do Desenho da Figura Humana para o delineamento do perfil psicológico de um grupo de obesos mórbidos. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, *3* (2), 20-29.
- Sarlio-Lahteenkorva, S., & Rissanen, A. (1998). Weight loss maintenance: determinants of long-term success. *Journal of Eating and Weight Disorders*, *3* (3), 131-135.
- Sarwer, D. B., Waddent, T. A.; Fabricatore, A. F. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research Journal*, *13*, 639-648.
- Saunders, R., Johnson, L., & Teschner, J. (1998). Prevalence of eating disorders among bariatric surgery patients. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 309-317.
- Savage, J. S., Marini, M., & Birch, L. L. (2008). Dietary energy density predicts women's weight change over 6 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *88*, 677-684.
- Schilder, P. (1994). *A Imagem do Corpo*. (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Scholz, U., Doña, B. G., & Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct? *European Journal of Psychological Assessment*, *18* (3), 242-251. doi:10.1027//1015-5759.18.3.242.
- Schowalter, M., Benecke, A., Lager, C., Heimbucher, J., Bueter, M., Thalheimer, ... Faller, H. (2008). Changes in depression following gastric banding: a 5- to 7-year prospective study *Obesity Surgery*, *18* (3), 314-320.
- Schwartz, M., & Brownell, K. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, *1*, 43-56.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., de Girolamo, G., ... Von Korff, M. (2008a). Obesity and Mental Disorders in the General Population:

- Results from the World Mental Health Surveys. *International Journal Obesity*, 32 (1), 192-200.
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, J. E., & Browne, O. M. A. (2008b). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 97-105.
- Scully, M., Dixon, H., Wakefield, M. (2009). Association between commercial television exposure and fast-food consumption among adults. *Public Health Nutrition*, 12, 105-110. doi:10.1017/S1368980008002012
- Segal, A., Cardeal, M. V., & Cordás, T. A. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 81 (2), 81-89.
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24 (Supl III), 68-72.
- Serra, A. V. (1986a). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
- Serra, A. V. (1986b). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Serra, A. V., Firmino, H. & Ramalheira, A. C. (1988). Estratégias de Coping e Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 4 (9), 317-322.
- Serra, A. V., & Pocinho, F., (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 9-21.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46 (3), 407-441.
- Sherwood, N. E., Jeffery, R. W., Wing, R. R. (1999). Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23 (5), 485-493.
- Shower`s, C. (1992). Compartmentalization of positive and negative self-knowledge: Keeping bad apples out of the bunch. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1036-1049.
- Silva, J. A. C. (2005a). Obesidade e distúrbios alimentares. *Psiquiatria: A nova Realidade*, 1, 20-22.
- Silva, M. M. (2005b). Complicações Psicológicas Tardias após cinco anos de Cirurgia Bariátrica. In: R. Rubens (Ed). *Avanços em sono e seus Distúrbios* (pp. 78-80). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Silva, M., & Palmeira, A. L. (2010). Associações entre Auto-conceito Físico e Motivação para o Exercício em Adolescentes: Interações com o Nível de Prática e o Género.

- Revista de Educação Física*, 27-36. Obtido em <http://pt.scribd.com/doc/44827324/005> (26 Jun. 2011).
- Silverthorn, N., DuBois, D. L., & Crombie, G. (2005). Self-perceptions of ability and achievement across the high school transition: Investigation of a state-trait model. *The Journal of Experimental Education* 73 (3), 191-218.
- Simões, D., Meneses, R. F. (2007). Auto-Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20 (2), 246-251.
- Simon, G. E., Korff, M. V., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Belle et al. (2006). Association between obesity and psychiatry disorders in the US adult population. *Archives General Psychiatry*, 63, 824-830.
- Siqueira, K. S., Appolinário, J C, Sichieri R. (2005). Relationship between binge eating episodes and self-perception of body weight in a non-clinical sample of five Brazilian cities. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27 (4), 290-294.
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behavioral Research Therapy*, 32 (5), 497-502.
- Smith, D. E., Marcus, M. D., Lewis, C. E., Fitzgibbon, M., & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals Behavioral Medicine*, 20 (3), 227-232.
- Smokowick, T. J. (1997). Obesidade: Estratégias de Enfrentamento de Situações de Alto Risco. *Interação*, 1, 73-93.
- Snyder, M., & Haugen, J. A. (1995). Why does behavioral confirmation occur? A functional perspective on the role of the target. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 963-974.
- Soares, A. S. B. (2009). *Qualidade de vida, Depressão e Ansiedade em Indivíduos que Procuram Tratamento para a Obesidade*. Dissertação apresentada para obtenção do grau Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e a da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Soares, M. L. P. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses*. Tese de Doutoramento, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Sonstroem, R. J., Harlow, L. L., & Josephs, L. (1994). Exercise and self-esteem: Validity of model expansion and exercise associations. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 29-42.
- Souza, N. P. P., Oliveira, M. R. M., Motta, D. G. (2006). Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica em Obesos sob Tratamento ou Não. *Saúde Revista*, 8 (19), 21-26.

- Specker, S, Zwaan D. M., Raymond, N., Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35 (3), 185-190.
- Spitzer R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard A., et al. (1993). Binge Eating Disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders* 13, 137-53.
- Staffieri, J. R. (1967). A study of social stereotype of body image in children. *Journal Personality and Social Psychology*, 7 (1), 101-104.
- Steiger, H., Lehoux, P. M., Gauvin, L. (1994). Impulsivity, dietary control and the urge to binge in bulimic syndromes. *Comprehensive Psychiatry*, 35 (3), 185-90.
- Strine, T. W. Mokdad, A. H., Dube, S. R. Balluz, L. S., Gonzalez, O. Berry, J. T., et al. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatric*, 30, 127-137.
- Stroebe, M., & Stroebe, R. (1999). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Edições Piaget.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, (2), 284-95.
- Stunkard, A. J., & Albaum, J. M. (1981). The accuracy of self-reported weights. *American Journal of Clinical Nutrition*, 34, 1593-1599.
- Stunkard, A. J., & Allison, K. C. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity*, 27, 1-12.
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29 (1), 71-83.
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of morbid obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 55 (suppl 2), 5245-5325.
- Stunkard, M. J., Fernstrom, M. H., Price, A., Frank, E., Kupfer, D. J. (1990). Direction of weight change in recurrent depression. Consistency across episodes. *Archives of General Psychiatry*, 47 (9), 857-860.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjostrom, Backman, L, Bengtsson, C., Bouchard, C., et al (1993). Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 17. 503-512.

- Sullivan, S., Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Klein, S. (2007). Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity*, *31*, 669-674.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: three generations of research. *Journal of Personality*, *64*, 711-735.
- Swim, J. K., Cohen, L. L., & Hyers, L. L. (1998). Experience everyday prejudice and discrimination. In J. K. Swim, & C. Stangor (Eds.), *Prejudice: the target's perspective* (pp. 37-59). San Diego: Academic Press.
- Swinburn, B., & Shelly, A. (2008). Effects of TV time and other sedentary pursuits. *International Journal of Obesity*, *32* (Suppl 7), S132-S136. doi:10.1038/ijo.2008.249
- Teachman, B. A., & Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International Journal of Obesity*, *25*, 1525-1531.
- Teachman, B., Gapinski, K., & Brownell, K. D. (2001). *Stigma of obesity: implicit attitudes and stereotypes*. Poster presented at the Society for Personality and Social Psychology, San Antonio, TX, February.
- Telch, C. F., Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *International Journal Eating Disorders*, *15*(1), 53-61.
- Temple, N. J., Steyn, N. P., Fourie, J., & De Villiers, A. (2010). Price and availability of healthy food: A study in rural South Africa. *Nutrition*, *27* (1), 55-58.
- Thirlby, R. C., & Randall J. A. (2002) J. A genetic "obesity risk index" for patients with morbid obesity. *Obesity Surgery*, *12* (1), 25-29.
- Thompson, J. K. (1996). *Body Image, Eating Disorders and Obesity - an integrative guide for assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Thornton, C., Russel, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *21* (1), 83-87.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, *1*, 29-41.
- Tiggemann, M., & Lynch, J. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectifications. *Developmental Psychology*, *37*, 243-253.
- Tiggemann, M., & Stevens, C. (1999). Weight concern across the life span: Relationship to self-esteem and feminist identity. *International Journal of Eating Disorders*, *26*, 103-106.
- Timlin, M. T., & Pereira, M. A. (2007). Breakfast frequency and quality in the etiology of adult obesity and chronic diseases. *Nutrition Reviews*, *65* (6), 268-281.

- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Tomaz, R. (2008). *Personalidade e Coping em Pacientes Diagnosticados com Transtornos Alimentares e Obesidade*. Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiás.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 533-550.
- Turrell, G., & Kavanagh, A. M. (2006). Socio-economic pathways to diet: modelling the association between socio-economic position and food purchasing behaviour. *Public Health Nutrition*, 9 (3), 375-383. doi: 10.1079/PHN2005850
- Ulijaszek, S. J. (2007). Obesity: a disorder of convenience. *Obesity Reviews*, 8 (Suppl 1), 183-187.
- Vaidya, V. (2006). Psychosocial aspects of obesity. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 27, 73-85.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.
- Valentine, J. C., & DuBois, D. L. (2005). Effects of self-beliefs on academic achievement and vice versa. In H. W. Marsh, R.G. Craven & D.M. McInerney (Eds). *International advances in self research*, vol. 2 (p. 53-77). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Valtolina, G. (1996). Weight loss and psychopathology: a three-cluster MMPI typology. *Perceptual Motor Skills*, 82, 275-281.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 479-488.
- Vartanian, L. R., Shaprow, J. G. (2008). Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *Journal of Health Psychology*, 13, 131-138.
- Vasconcelos, P. O. (2006). *Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico*. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia, da Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 195-198.

- Vaz, A. I. S. (2009). *Determinantes comportamentais e psicossociais em Crianças e Adolescentes com diagnóstico de obesidade. Como abordar?* Monografia apresentada a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto.
- Vaz, C. (2008). Tratamento da obesidade mórbida. *Informação Espírito Santo Saúde, n°2* Primavera Abril/Junho, 4-11.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Lipschutz, ... Williams, N. N. (2006). Comparison of Psychosocial Status in Treatment-Seeking Women with Class III vs. Class I-II Obesity. *Obesity, 14* (Suppl. March), 90S-98S.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Womble, L. G., Foster, G. D., McGuckin, B. G., Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America, 81* (5), 1001-1024.
- Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine, 103*, 1062-1067.
- Wajner, S. M. (2000). Aspectos dinâmicos, psicossociais e comportamentais da obesidade. *Aletheia, 12*, 91-97.
- Wampler, R. S., Lauer, J. B., & Lantz, J. B. (1980). Psychosocial effects of intestinal bypass surgery. *Journal of Counseling Psychology, 27*, 492-499.
- Wardle, J., Waller, J., & Rapoport, L. (2001). Body dissatisfaction and binge eating in obese women: the role of restraint and depression. *Obesity Research, 9* (12), 778-787.
- Webb, W. W., Morey, L. C., Castelnovo-Tedesco, & P., Scott, H. W. (1990). Heterogeneity of personality traits in massive obesity and outcome prediction of bariatric surgery. *International Journal of Obesity, 14*, 13-20.
- Webster, J., & Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology, 164*, 241-252.
- Wilgenbusch, T., & Merrell, K. W. (1999). Gender differences in self-concept among children and adolescents: A meta-analysis of multidimensional studies. *School Psychology Quarterly, 14*, 101-120.
- Wolff, E., & Dansinger, M. L. (2008). Soft drinks and weight gain: how strong is the link? *The Medscape Journal of Medicine, 10* (8), 189.
- World Federation for Mental Health (2010). *Health and chronic physical illnesses: The need for continued and integrated care*. Woodbridge: World Federation for Mental Health.
- World Health Organization (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2003). *Obesity and overweight. In World Health Organization Global Strategy on diet, physical, activity and health*. Washington: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). *Preventing Chronic Diseases: a vital investment*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2008). *Interventions on Diet and Physical Activity: What Works*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2011). *Mental health: Depression*. On-line em [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/). (01 Mai. 2011).
- Yeomans, M. R., Leitch, M., & Mobini, S. (2008). Impulsivity is associated with the disinhibition but not restraint factor from the three factor eating questionnaire. *Appetite*, 50, 469-476.
- Yeung, A. S., Chui, H. S., Lau, I. C.Y., McInerney, D. M., & Russell-Bowie, D. (2000). Where is the hierarchy of academic self-concept? *Journal of Educational Psychology*, 92, 556-567.
- Young, J. F., & Mroczek, D. K. (2003). Predicting intraindividual self-concept trajectories during adolescence. *Journal of Adolescence* 26 (5), 586-600.
- Young, L. M., & Powell, B. (1985). The effects of obesity on the clinical judgements of mental health professionals. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 233-246.
- Zametkin, A. J., Zoon, C. K., Klein, H. W., & Munson, S. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (2), 134-50.
- Zwaan, D. M. (1997). Status and utility of a new diagnostic category: Binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 5 (4), 226-240.
- Zwaan, D. M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25 (Suppl 1), 51-55.

# ANEXOS

# **Anexo I**

## **Consentimento informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

NOME: \_\_\_\_\_

Nº Processo: \_\_\_\_\_

Os objectivos do preenchimento dos questionários e do projecto de investigação foram-me explicados pelo membro da equipa.

Fui informado da necessidade e do interesse científico de se proceder a investigação na área da obesidade.

Compreendi que a minha participação é voluntária e que os dados fornecidos serão confidenciais. Dou o meu consentimento informado para participar neste estudo de livre vontade, sabendo que a minha assinatura não afecta os meus direitos legais.

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

Nome (Assinatura): \_\_\_\_\_

Nome do Investigador (Assinatura): \_\_\_\_\_

# **Anexo II**

## **Questionário Sócio-demográfico**

## Questionário Sócio-demográfico

Os dados deste questionário são importantes para uma melhor compreensão do seu problema, e pretende explorar alguns factores associados ao seu estado de saúde. Por isso responda com cuidado a todos os itens. As respostas são confidenciais. Desde já muito obrigado pela colaboração.

**1- Nome** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**2- Sexo** 1-masculino  2- Feminino

### **3 - Idade**

1.  Menos de 20 anos
2.  Entre 21-35 anos
3.  Entre 36- 50 anos
4.  Mais de 51 anos

### **4 - Estado civil**

1.  Solteiro(a)
2.  Casado(a)
3.  Divorciado(a)
4.  Viúvo(a)
5.  Junto(a)

### **5 - Quais são as suas habilitações académicas?**

1.  Ensino básico
2.  9º Ano
3.  12º Ano
4.  Curso médio/profissional
5.  Curso superior/licenciatura
6.  Outros

**6- Qual é a sua situação profissional**

1.  A trabalhar
2.  Desempregado
3.  Reformado
4.  De baixa médica
5.  Estudante
6.  Outro

**Se trabalha, qual o tipo de profissão que exerce?**

1.  Doméstica
2.  Industria
3.  Comércio
4.  Funcionário público
5.  Quadro superior
6.  Outro

**7 - Onde se localiza a sua residência?**

1.  Urbano (cidade)
2.  Rural (aldeia)

**8 – Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_**

Se sim, com que idades?

1.  Menos de 5 anos
2.  Entre 6 a 15 anos
3.  Entre 16 a 25 anos
4.  Mais de 26 anos

**9 – Como descreve a sua situação marital actual?**

1.  Muito satisfatória
2.  Satisfatória
3.  Insatisfatória
4.  Muito insatisfatória

**10 – Identifica algum problema ou conflito no seu casamento actualmente?**

1.  Sim
2.  Não

Se sim, quais os que se verificam

1.  Financeiro
2.  Dificuldades sexuais
3.  Devido aos filhos
4.  Situação profissional
5.  Diferenças de personalidade
6.  Outro

**11 - Com que idade casou?**

1.  Menos de 18 anos
2.  Entre 19 e 25 anos
3.  Mais de 25 anos

**12 - Relativamente ao seu suporte social (familiares, amigos...), como pode ser caracterizado?**

1.  Disponível
2.  Despreocupado
3.  Incentivador
4.  Indiferente
5.  Participativo

**13 – Considera-se uma pessoa com facilidade nas relações sociais (amigos, vizinhos...)?**

1.  Sim
2.  Não

**14 – Com que frequência pratica exercício físico?**

1.  Nunca
2.  Uma vez por semana
3.  Duas a três vezes por semana
4.  Todos os dias

**15 – Sente-se bem com a sua imagem corporal?**

Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Muitas Vezes
1	2	3	4	5

**16 – Sente-se satisfeito com a sua vida?**

Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Muitas Vezes
1	2	3	4	5

# **Anexo III**

## **Questionário Clínico**

## Questionário Clínico

**1 – Qual o seu peso actual? \_\_\_\_\_**

**2 – Qual a sua altura actual? \_\_\_\_\_**

**3 – Há quanto tempo começou a verificar a alteração do seu peso?**

1.  Desde sempre tenho peso elevado
2.  Desde o início da adolescência
3.  Com o nascimento de um filho
4.  Com o aparecimento de um problema de saúde
5.  Outro

**4 – Algum elemento da sua família, mais próxima também tem excesso de peso?**

1.  Sim
2.  Não

**5 – Quantas refeições faz por dia?**

1.  Como muitas vezes ao dia (6x)
2.  Algumas vezes (4x)
3.  Poucas vezes (Almoço/jantar)

**6 – Que alimentos costuma inserir nas suas refeições mais frequentemente?**

1.  Cereais/tubérculos
2.  Leite/derivados
3.  Carnes/peixes
4.  Frutas/legumes

**7 – Sente que faz uma escolha alimentar diária equilibrada?**

1.  Sim
2.  Não

**8 – Já se submeteu a algum tratamento no passado para diminuir o seu peso?**

1.  Sim
2.  Não

Se sim, quais

1.  Com recurso a medicação
2.  Dieta alimentar
3.  Exercício físico
4.  Outro

**9 – Qual o resultado destes tratamentos?**

1.  Positivos
2.  Negativos
3.  Nenhuma diferença

**10 – Quais os problemas de saúde, que mais se desenvolveram/apareceram com o aumento de peso?**

1.  Diabetes
2.  Colesterol
3.  Problemas cardíacos
4.  Problemas musculares
5.  Problemas reumáticos
6.  Outro

**11 – Pelo facto de ter um elevado peso, verifica/verificou alguma interferência na sua vida profissional?**

1.  Sim
2.  Não

**12 – Passa muito tempo do seu dia na cama ou sentado?**

1.  Sim
2.  Não

**13 – Sente que o seu elevado peso altera a forma como os outros o vêem?**

1.  Sim
2.  Não

**14 – Como considera a sua saúde actual?**

1.  Excelente
2.  Boa
3.  Normal
4.  Má
5.  Muito má

**15 – Em alguma altura da sua vida teve necessidade de recorrer a apoio na área da saúde mental?**

1.  Sim
2.  Não

**Se sim, qual a forma de intervenção que foi sujeito:**

1.  Psiquiatria
2.  Psicologia
3.  Neurologia
4.  Outro

# **Anexo IV**

## ***Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)***

## HADS

Traduzido e adaptado por

Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva, 1999

Nome: \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Os profissionais de saúde sabem que as emoções desempenham um papel importante na maior parte das doenças. Se o seu profissional de saúde souber acerca destes sentimentos poderá ajudá-lo(a) melhor.

Este questionário visa ajudar o seu profissional de saúde a saber como se sente. Ignore os números que aparecem no seu lado esquerdo do questionário, leia cada frase e sublinhe a resposta que mais se aproxime da forma como se sente na última semana.

Não passe muito tempo com cada resposta, a sua reacção imediata a cada uma das frases será provavelmente mais exacta do que uma resposta em que tenha pensado muito tempo.

- A **Sinto-me tenso:**  
3 A maior parte do tempo  
2 Muitas vezes  
1 De vez em quando, ocasionalmente  
0 Nunca

- D **Ainda gosto das coisas que costumava gostar:**  
0 Tanto como gostava  
1 Não tanto como gostava  
2 Só um pouco do que gostava  
3 Quase nada do que gostava

- A **Tenho a sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:**  
3 Sim, e muito forte  
2 Sim, mas não muito forte  
1 Um pouco, mas isso não me preocupa  
0 Não, de maneira nenhuma

- D **Consigo rir-me a ver o lado divertido das coisas:**  
0 Tanto como costumava conseguir  
1 Agora, não tanto como costumava conseguir  
2 Definitivamente, não tanto como costumava conseguir  
3 Não, de maneira nenhuma

A	<b>Tenho preocupações que me passam pela cabeça:</b>
3	A maior parte do tempo
2	Muitas vezes
1	De vez em quando, mas não muitas vezes
0	Apenas ocasionalmente
D	<b>Sinto-me alegre:</b>
3	Nunca
2	Poucas vezes
1	Às vezes
0	A maior parte do tempo
A	<b>Posso sentar-me á vontade e sentir-me relaxado:</b>
0	Sim, definitivamente
1	Geralmente
2	Poucas vezes
3	Nunca
D	<b>Sinto-me mais lento ou vagaroso:</b>
3	Quase sempre
2	Muitas vezes
1	Às vezes
0	Nunca
A	<b>Sinto uma espécie de medo, como se tivesse um aperto no estômago:</b>
0	Nunca
1	Ocasionalmente
2	Bastantes vezes
3	Muitas vezes
D	<b>Perdi o interesse pela minha aparência:</b>
3	Sim, definitivamente
2	Não me cuido tanto como deveria
1	Talvez não me cuide tanto como antes
0	Cuido-me tanto como costumava
A	<b>Sinto-me inquieto(a), como se tivesse que estar a andar de um lado para outro:</b>
3	Sim, muito
2	Sim, bastante
1	Não muito
0	Não, de modo nenhum
D	<b>Antecipo as coisas com satisfação:</b>
0	Tanto como eu costumava fazer anteriormente
1	Um pouco menos do que anteriormente
2	Muito menos do que anteriormente
3	Quase nunca

A **Tenho sentimentos súbitos de pânico:**  
3 Com muita frequência  
2 Bastantes vezes  
1 Não muitas vezes  
0 Nunca

D **Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio:**  
0 Frequentemente  
1 Às vezes  
2 Poucas vezes  
3 Muito raramente

Agora, o favor certifique-se que respondeu a todas as perguntas.

# **Anexo V**

*Symptom Checklist-90 (SCL-90-R)*

## SCL – 90 – R

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Instruções:

A seguir encontra-se uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor, leia cada questão cuidadosamente e assinale aquelas que nos últimos três meses o/a preocupado ou dado cuidados. Não há respostas “erradas” ou “certas” ou respostas para “dar uma boa impressão”: são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

Estas respostas são confidenciais. Não deixe nenhuma questão em branco.

<b>Em que medida sofreu das seguintes queixas:</b>	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muitíssimo</b>
1- Dores de cabeça.					
2- Nervosismo ou tensão interior.					
3- Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz.					
4- Desmaios ou tonturas.					
5- Diminuição do interesse ou prazer sexual.					
6- Sentir-se criticado pelos outros.					
7- Impressão de que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.					
8- Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maior parte dos seus problemas.					
9- Dificuldade de se lembrar das coisas passadas e recentes.					
10- Preocupação com o desleixo ou a falta de limpeza.					
11- Aborrece-se ou irrita-se facilmente.					
12- Dores sobre o coração ou no peito.					
13- Medo na rua ou praças públicas.					
14- Falta de forças ou lentidão.					
15- Pensamento de acabar com a vida.					
16- Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem.					
17- Tremer.					
18- Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas.					
19- Falta de apetite.					
20- Virem as lágrimas facilmente aos olhos.					

<b>Em que medida sofreu das seguintes queixas:</b>	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muitíssimo</b>
21- Sentir-se tímido ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto.					
22- Impressão de se sentir preso ou apanhado em falta.					
23- Ter medo subitamente sem ter motivo para isso.					
24- Impulso de temperamento que não consegue controlar.					
25- Medo de sair de casa sozinho.					
26- Acusa-se a si mesmo a propósito de certas coisas.					
27- Dores no fundo das costas (cruzes).					
28- Dificuldades em fazer qualquer trabalho.					
29- Sentir-se sozinho.					
30- Sentir-se triste.					
31- Ser muito pensativo (cismático) com as coisas.					
32- Sem interesse por nada.					
33- Sentir-se aterrorizado.					
34- Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.					
35- Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos.					
36- Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas.					
37- Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si.					
38- Fazer tudo devagar de forma a ter a certeza de que fica bem feito.					
39- Sentir palpitações ou batimentos rápidos do coração.					
40- Vontade de vomitar ou mal-estar estômago.					
41- Sentir-se inferior aos outros.					
42- Dores musculares.					
43- Sentir a impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.					
44- Dificuldade em adormecer.					
45- Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					
46- Dificuldade em tomar decisões.					
47- Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro.					

<b>Em que medida sofreu das seguintes queixas:</b>	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muitíssimo</b>
48- Dificuldades em encher os pulmões (parece que lhe falta o ar).					
49- Calafrios ou afrontamentos.					
50- Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhe causam medo.					
51- Sensação de vazio na cabeça.					
52- Sensação de formigueiro ou partes do corpo entorpecido.					
53- Impressão de ter um nó na garganta.					
54- Sentir-se sem esperança em relação ao futuro.					
55- Dificuldades em se concentrar.					
56- Sentir falta de forças em partes do corpo.					
57- Sentir-se em estado de tensão ou aflição.					
58- Sentir “um peso” nos braços ou nas pernas.					
59- Pensamentos sobre a morte ou morrer.					
60- Vontade de comer de mais.					
61- Não se sentir à vontade quando as pessoas o observam ou falam de si.					
62- Ter pensamentos que não lhe pertencem.					
63- Impulso de bater, ofender ou fazer mal a alguém.					
64- Acordar muito cedo de manhã.					
65- Vontade de repetir certas operações como, por exemplo, tocar em objectos, lavar-se ou contar.					
66- Sono agitado ou não repousante.					
67- Vontade de destruir ou partir coisas.					
68- Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não tem.					
69- Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas.					
70- Não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo, nas lojas, cinemas, mercados, etc...					
71- Sentir que tudo o que faz é com esforço.					
72- Ter ataques de terror ou de pânico.					
73- Não se sentir à vontade quando come ou bebe em local público.					
74- Envolver-se facilmente em discussões.					
75- Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.					

<b>Em que medida sofreu das seguintes queixas:</b>	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muitíssimo</b>
76- Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.					
77- Sentir-se sozinho, mesmo quando está com mais pessoas.					
78- Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado.					
79- Ter sentimentos que não tem valor.					
80- Ter o pressentimentos de que alguma coisa má lhe vai acontecer.					
81- Gritar com as outras pessoas ou atirar coisas.					
82- Medo a viver a desmaiar em frente a outras pessoas.					
83- A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitaria de si.					
84- Ter pensamentos sobre assuntos sexuais que o perturbam muito.					
85- Ter o sentimento de que deveria ser castigado pelos seus pecados.					
86- Ter pensamentos ou imagens de natureza assustadora.					
87- Ter a impressão de que alguma coisa de grave se passa no seu corpo.					
88- Grande dificuldade, em sentir-se próximo de outra pessoa.					
89- Sentir-se culpado.					
90- Ter a impressão de que algumas coisa esta mal no seu espírito.					

# **Anexo VI**

*Multiphasic Personality Inventory*

**(Mini-Mult)**

## **INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE MINI-MULT**

**INSTRUÇÕES:** Nestas folhas encontra-se várias frases. Peço-lhe que responda VERDADEIRO ou FALSO a cada uma delas.

Se a sua resposta for VERDADEIRO, faça uma cruz na coluna do VERDADEIRO.

Se a sua resposta for FALSO, faça uma cruz na coluna do FALSO.

Não demore muito tempo entre uma resposta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

	VERDADEIRO	FALSO
1. Tenho bom apetite.		
2. Quase sempre acordo bem disposto.		
3. A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam.		
4. Trabalho num estado de grande tensão nervosa.		
5. Às vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar delas.		
6. Raramente tenho prisão de ventre.		
7. Há alturas em que desejo muito deixar a minha casa.		
8. Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir.		
9. Sofro de náuseas e vômitos.		
10. Parece que ninguém me compreende.		
11. Às vezes apetece-me praguejar.		
12. Tenho pesadelos quase todas as noites.		
13. Tenho dificuldades em fixar a atenção quando trabalho ou quando estou ocupado.		
14. Tenho passado por coisas muito especiais e esquisitas.		
15. Se os outros tivessem querido, concerteza eu teria mais sorte.		
16. Numa certa altura da minha infância, aconteceu-me roubar pequenas coisas.		
17. Tenho tido períodos (dias, semanas, meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada.		
18. O meu sono é agitado e incómodo.		
19. Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas esquisitas.		
20. A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim.		
21. Muitas vezes sou obrigado a receber ordens de pessoas que sabem menos que eu.		
22. Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.		
23. Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem simpatia e a ajuda dos outros.		
24. Às vezes fico furioso		
25. Acho que tenho pouca confiança em mim.		
26. Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou tremam de uma maneira incómoda e estranha.		

	VERDADEIRO	FALSO
27. A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada.		
28. Sinto-me quase sempre feliz.		
29. Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas dizem, mesmo que eu tenha a certeza de que elas têm razão.		
30. Tenho a impressão de que os outros tentam prejudicar-me.		
31. Acho que todas as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa ou qualquer vantagem em vez de perderem.		
32. Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou com os meus intestinos.		
33. Muitas vezes não percebo porque sou brusco e rabugento.		
34. Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los.		
35. Estou convencido de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que eu conheço.		
36. Às vezes, sinto que não sirvo para nada.		
37. Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde.		
38. Há alturas em que faço as coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente.		
39. Acho que muitas vezes tenho sido castigado sem razão.		
40. Nunca me senti tão bem como agora.		
41. Não me importo com o que os outros pensão de mim.		
42. Acho que tenho boa memória.		
43. Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço.		
44. Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral.		
45. Tenho muitas poucas vezes dores de cabeça.		
46. Não acho difícil conservar equilíbrio quando ando.		
47. Não gosto de toda a gente que conheço.		
48. Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias e dos meus pensamentos.		
49. Gostava de não ser envergonhado.		
50. Estou convencido de que os meus pecados não podem ser perdoados.		
51. Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são importantes.		
52. Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou.		

	VERDADEIRO	FALSO
53. Às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros		
54. Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume.		
55. Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o fôlego.		
56. Fico furioso com facilidade, mas esqueço-me depressa.		
57. Tenho alturas em que estou tão nervoso que sou incapaz de estar sentado numa cadeira.		
58. Os meus pais e os meus amigos acham que eu tenho mais defeitos do que realmente tenho.		
59. Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros.		
60. Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra, se essa outra deixar.		
61. Há alturas em que me sinto cheio de energia.		
62. A minha vista não tem enfraquecido.		
63. Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos.		
64. Numa ou em várias alturas da minha vida, senti que alguém tentava hipnotizar-me.		
65. Às vezes sinto-me cheia de alegria sem nenhuma razão especial.		
66. Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas, sinto-me só a maior parte do tempo.		
67. Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar de uma situação desagradável.		
68. Sou mais sensível que a maioria das pessoas.		
69. As vezes o meu espírito parece que trabalha mais devagar do que é costume.		
70. As pessoas desiludem-me muitas vezes.		
71. Tenho abusado das bebidas alcoólicas.		

# **Anexo VII**

## ***Ways of Coping Questionnaire*** **(WCQ-R)**

## O Ways of Coping Questionnaire (WCQ)

Nome: \_\_\_\_\_

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

Por favor:

Pense no problema ou na situação mais importante que viveu nos últimos tempos (por exemplo, problemas com um amigo ou familiar, doença ou morte de um amigo ou familiar, um acidente ou doença, problemas no emprego ou problemas financeiros).

Faça uma breve descrição desse problema (se nos últimos tempos não vivenciou nenhum problema de grande importância, pense num outro de menor importância com o qual tenha lidado).

Quem está envolvido?

\_\_\_\_\_

Local do evento? \_\_\_\_\_

Evento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leia cuidadosamente cada pergunta e indique o quanto empenhou o comportamento que nela se descreve, para lidar com o problema que acabou de referir, assinalando a resposta que lhe parece mais apropriada.

0 – Não usei essa estratégia.

1 – Usei pouco essa estratégia.

2 – Usei bastante essa estratégia.

3 – Usei em grande quantidade essa estratégia.

- |     |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|
| 1-  | Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo.                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2-  | Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3-  | Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa.             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4-  | Falei com alguém para saber mais sobre a situação.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5-  | Critiquei-me ou analisei-me a mim própria.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6-  | Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma.    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7-  | Esperei que acontecesse um milagre.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8-  | Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-  | Tentei guardar para mim próprio o que estava a sentir.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10- | Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11- | Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema.                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12- | Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo.                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13- | Eu estava inspirado em fazer algo criativo.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14- | Tentei esquecer tudo.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15- | Procurei ajuda de um profissional.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16- | Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17- | Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18- | Construí um plano de acção e segui-o.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19- | Consegui mostrar o que sentia.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20- | Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos.                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21- | Saí desta experiência melhor do que estava antes.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22- | Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23- | Tentei sentir-me melhor, comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24- | Fiz algo muito arriscado.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25- | Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso.                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26- | Encontrei nova esperança.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27- | Redescobri o que é importante na vida.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28- | Mudei algo para que as coisas corressem bem.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29- | Evitei estar com as pessoas em geral.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30- | Não deixei que a situação me afectasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31- | Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |

- 0 – Não usei essa estratégia.
- 1 – Usei pouco essa estratégia.
- 2 – Usei bastante essa estratégia.
- 3 – Usei em grande quantidade essa estratégia.

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 32- Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33- Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério.                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34- Falei com alguém sobre como me estava a sentir.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35- Mantive a minha posição e lutei pelo que queria.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36- Passei o problema para os outros.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37- Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvido em situações semelhantes.              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38- Eu sabia o que deveria ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39- Recusei acreditar que a situação tinha acontecido.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40- Prometi a mim próprio que as coisas para a próxima seriam diferentes.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41- Criei várias soluções diferentes para o problema.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42- Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas.                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43- Mudei alguma coisa em mim próprio.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44- Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse.                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45- Desejei que as coisas voltassem atrás.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46- Rezei.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47- Pensei para mim próprio naquilo que iria dizer ou fazer.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48- Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo.          | 0 | 1 | 2 | 3 |

# **Anexo VIII**

## **Inventario Clínico de Auto- conceito**

## Inventário Clínico de Auto-Conceito

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Habilitações: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

f1= \_\_\_\_\_ f2= \_\_\_\_\_ f3= \_\_\_\_\_ f4= \_\_\_\_\_ total= \_\_\_\_\_

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere sobretudo, a sua maneira habitual, e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1- Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Quando tenho uma ideia que me parece valida gosto de a por em pratica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Considero-me competente naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# **Anexo XIX**

**Pedido de autorização para recolha de dados**

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração

Centro Hospital Alto Ave

Guimarães, 07 de Dezembro de 2010

**Assunto:** Pedido de Autorização para realização de trabalho de Investigação

O Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica compreende a realização de uma dissertação original (componente de investigação) uma vez que a investigação é o propulsor da construção do conhecimento científico.

Neste sentido, Leonel Agostinho Gonçalves de Oliveira Martins a frequentar o referido curso, encontra-se a desenvolver a dissertação denominada “Obesidade: Estratégias de coping e Auto-Conceito de obesos seleccionados para cirurgia bariátrica com morbilidades psicológicas”.

Esta investigação tem como objectivo explorar características da personalidade, psicopatologia, estratégias de *coping* e Auto-Conceito numa amostra de indivíduos obesos propostos para a cirurgia bariátrica.

Através deste documento, pretende-se a formalização do pedido de autorização para a realização do referido estudo, a realizar entre Janeiro de 2011 e Junho de 2011, em obesos seleccionados para cirurgia bariátrica, na consulta de psicologia no Centro Hospital Alto Ave, Guimarães,

Os princípios éticos da investigação estão assegurados.

Desde já agradeço a atenção disponibilizada.

Atenciosamente, sem outro assunto.

Pede deferimento

Leonel Martins

# **Anexo X**

**Autorização da comissão de ética para a  
realização do estudo**



Comunicação Interna



2011 01-20  
 1) A Secretaria de  
 p.m. - solicitação de  
 parecer o modelo  
 do consentimento  
 informado do  
 projeto.  
 2) Substituição de  
 presidente da CES  
 José Ribeiro  
 Enfermeiro-Diretor  
 CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE, EPE

Comunicação nº:	8/CES	Data:	14.01.2011	Para:	Exmº Senhor. Enfermeiro-Diretor
-----------------	-------	-------	------------	-------	------------------------------------

**Assunto:** Pedido de parecer para realização de trabalho de investigação

Uma vez apreciado o pedido de realização de trabalho de investigação apresentado pelo aluno de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica, *Leonel Martins*, a Comissão de Ética entendeu nada a opor sob o ponto de vista ético à proposta apresentada, desde que na sua execução o candidato siga os princípios aplicáveis na deliberação nº 227 da Comissão Nacional de Protecção de Dados e a abordagem ao doente, no sentido da participação neste estudo, seja efectuada através de um profissional de saúde do CHAA.

Deverá ainda, e para o efeito, apresentar o modelo de consentimento informado em falta.

Com os melhores cumprimentos.

*João Lima Reis*  
 João Lima Reis  
 Presidente da CES

CHAA - Comissão de Ética para a Saúde  
 Reunião do CA nº 11 Data: 14/3/11  
 Deliberação: *Ambiguo considerado por  
 a implicação a falta de esclarecimento  
 em sexo*  
 Director Clínico: *[Signature]* Carlos Guimarães  
 Enfermeiro Director: *[Signature]* José Ribeiro


# **Anexo XI**

**Autorização do director do DPSM para a  
realização do estudo**



Guimarães, 24 de Janeiro de 2011

Declaro, após ter tomado conhecimento do protocolo do projecto de investigação “Obesidade: Estratégias de coping e Auto-Conceito de obesos seleccionados” do psicólogo estagiário Leonel Agostinho Gonçalves de Oliveira Martins, que não tenho nenhuma restrição para que o mesmo seja realizado no âmbito do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental que dirijo.

  
Prof. Dr. Carlos Augusto de Mendonça Lima  
Director, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental