



**Universidade Católica Portuguesa**  
**Centro Regional de Braga**

**Auto Conceito, Estado Emocional e Atividade Física em  
mulheres obesas**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em  
**Psicologia**, especialização em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**

Ana Inês de Sousa Peixoto



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO 2013



# Universidade Católica Portuguesa

## Centro Regional de Braga

### Auto Conceito, Estado Emocional e Atividade Física em mulheres obesas

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em  
**Psicologia**, especialização em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**

**Ana Inês de Sousa Peixoto**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora  
**Eleonora Costa**  
Coorientação da Dra. **Ana Margarida  
Trovisqueira**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO 2013

## **Agradecimentos**

A realização desta investigação é um compilar de vários momentos únicos de grande aprendizagem e de partilha humana. Ao longo desta etapa difícil tive o privilégio de trabalhar e de ter o apoio de inúmeras pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a obtenção da presente investigação. Primeiramente, gostaria de manifestar o meu agradecimento à minha orientadora de dissertação, Dr.<sup>a</sup> Ana Margarida Trovisqueira, pelo apoio, incentivo, compreensão e profissionalismo que contribuíram significativamente para a concretização desta investigação. Não poderei deixar de agradecer a todos os que de forma voluntária se disponibilizaram a integrar na amostra desta investigação.

À Dr.<sup>a</sup> Piedade Vieitas e à Dr.<sup>a</sup> Filipa Soares, agradeço o apoio, disponibilidade, amizade e carinho demonstrados.

É também com imensa alegria e eterno obrigado, o agradecimento que faço às duas pessoas que realmente contribuíram para que pudesse estar aqui, à mãe Zulmira e ao pai Miguel *in memoriam*.

Ao Ricardo que nunca deixou de acreditar e que sempre me apoiou e por isso, meu irmão te reconheço e te agradeço! Sem ti nada disto se tornaria real!

À minha flor, a minha avó Rosa pelo acreditar constante.

Gostaria de agradecer às minhas companheiras e amigas Joana Afonso e Filipa Abrantes pelos imensos momentos de partilha, dedicação, companheirismo, verdade, momentos esses que confluíram, não só para a riqueza deste trabalho, mas também para uma riqueza interior e intransponível na fasquia do que divide a família dos amigos!

Um profundo agradecimento ao Jorge Peixoto, ao Luís Pinto, à Sandra Xardo e à Patrícia Pereira pelo incentivo constante no meu trabalho e no meu potencial.

Ao meu Filipe e ao meu pequeno Rodrigo o meu muito obrigado pela persistência, paciência, motivação e noites de sono mal dormidas! Sem este apoio tudo se tornaria mais difícil de concretizar! Obrigada!

Sabe bem chegar ao fim e poder dizer que valeu a pena!

## **Resumo**

A obesidade surge associada a diversas doenças crónicas e o indivíduo obeso experiencia frequentemente prejuízo a nível psicossocial e emocional. A evolução da sociedade atual tem contribuído para o aumento crescente desta doença e do preconceito que esta encerra. A falta de atividade física está, indubitavelmente, entre os principais fatores de desenvolvimento e manutenção da obesidade. Associadas à prática de atividade física na população obesa, encontram-se inúmeras variáveis psicossociais, clínicas e sócio-demográficas. O objetivo deste estudo é estudar a associação entre o auto-conceito, o estado emocional e a prática de atividade física numa amostra de mulheres adultas obesas do Centro de Saúde de Santo Tirso. Os instrumentos utilizados para este estudo foram o *Hospital Anxiety and Depression Scale* para avaliar o estado emocional, o Inventário Clínico do Auto Conceito para avaliar o auto conceito e o *International Physical Activity Questionnaire* para caracterizar a atividade física da amostra. Constatou-se que as utentes que não praticam atividade física são mais propensas a apresentar um fraco auto conceito e níveis mais elevados de ansiedade e depressão.

**Palavras-chave:** Obesidade, Atividade Física, Ansiedade, Depressão, Auto-Conceito.

## **Abstract**

Obesity is associated with several chronic diseases. Obese individuals often experience psychosocial and emotional impairment. The evolution of today's society has contributed to the rising tide of this disease and with it, the prejudice that it encloses. Lack of physical activity is undoubtedly among the main factors in the development and maintenance of obesity. Physical activity in the obese population is associated with numerous psychosocial variables, clinical and socio-demographic characteristics. The aim of this study is to examine the association between self-concept, emotional state and physical activity in a sample of 51 obese women, users of the Health Center of Santo Tirso. The instruments used for this study were the Hospital Anxiety and Depression Scale to assess the emotional state, the Inventário Clínico do Auto Conceito to assess the self concept and the International Physical Activity Questionnaire to characterize the physical activity of the sample. It was found that the users who do not exercise are more likely to have poor self concept and high levels of anxiety and depression.

**Keywords:** Obesity, Physical Activity, Anxiety, Depression, Self-Concept

Resumo

*Abstract*

## Índice

Introdução 9

### Parte I: Enquadramento Teórico

<b>1. Obesidade</b>	13
1.1. Classificação da Obesidade	13
1.2. Prevalência da Obesidade em Portugal	14
1.3. Etiologia da Obesidade	15
1.4. Intervenção psicológica na Obesidade	17
<b>2. Auto Conceito, Estado Emocional e Atividade Física em obesos</b>	21
2.1. Auto Conceito e Obesidade	21
2.2. Depressão em Obesos	24
2.3. Ansiedade em Obesos	27
2.3. Atividade Física e Obesidade	28

### Parte II: Investigação Empírica

<b>3. Metodologia</b>	34
3.1. Objetivos e desenho do Estudo	34
3.2. Variáveis estudadas	34
3.3. Amostra	35
3.3.1. Procedimentos de Recolha dos Dados	35
3.3.2. Caracterização socio-demográfica e clínica da amostra	35
3.4. Material e Instrumentos de Avaliação	39
3.4.1. Inventário Clínico de Auto-Conceito – ICAC	39
3.4.2. International Physical Activity Questionnaire – IPAQ	40
3.4.3. Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS	41
3.4.4. Ficha de dados sócio-demográficos e clínicos	42
3.5. Procedimentos de análise dos dados	42
<b>4. Apresentação dos resultados do estudo</b>	43
4.1. Resultados Descritivos	

4.1.1. Auto Conceito	43
4.1.2. Estado Emocional	44
4.1.3. Atividade Física	44
4.2. Associação entre auto conceito estado emocional e atividade física	47
4.3. Variação dos resultados em função das variáveis sócio-demográficas estudadas	48
4.3.1. Variação com a idade	48
4.3.3. Variação dos resultados de acordo com a zona de residência	49
4.3.4. Diferenças em função da escolaridade	51
4.3.5. Variação de acordo com o estatuto profissional	52
4.3.6. Diferenças em função do estado civil	53
<b>5. Discussão dos resultados</b>	<b>55</b>
5.1. Estado Emocional	55
5.2. Auto Conceito	56
5.3. Atividade Física	57
5.4. Associação entre Auto Conceito, Estado Emocional e Atividade Física	57
<b>6. Limitações do Estudo</b>	<b>58</b>
<b>7. Conclusão e implicações futuras</b>	<b>59</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>62</b>
Anexos	78

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização Sócio-demográfica da amostra total (N=51)	37
Tabela 2 – Variáveis clínicas e de estilo de vida da amostra (N=51)	39
Tabela 3 – Avaliação da consistência interna do ICAC (N=51)	41
Tabela 4 – Avaliação da consistência interna do HADS (N=51).	43
Tabela 5 – Resultados descritivos (M e DP) das subescalas do ICAC na amostra em estudo (N=51)	45
Tabela 6 – Resultados descritivos (M e DP) das subescalas do HADS na amostra em estudo (N=51)	45
Tabela 7 – Níveis de ansiedade e depressão na amostra em estudo (N=51)	46
Tabela 8 – Resultados descritivos (frequência e percentagem) da prática de atividade física na amostra em estudo (N=51)	46
Tabela 9 – Resultados descritivos do IPAQ na amostra em estudo (N=51)	47
Tabela 10 – Coeficientes de correlação de <i>Spearman Rho</i> entre atividade física, auto-conceito e estado emocional (N=51).	49
Tabela 11 – Resultados do <i>t-test</i> para amostras independentes relativos ao estado emocional em função da idade (N= 51)	50
Tabela 12 – Resultados do <i>t-test</i> para amostras independentes relativos ao Auto Conceito em função da idade (N= 51)	51
Tabela 13 – Resultados do <i>U de Mann-Whitney</i> relativos à Auto-Eficácia (N= 51)	51
Tabela 14 – Resultados do <i>t-teste para amostras independentes</i> relativos ao estado emocional em função da área de residência (N= 51)	52
Tabela 15 – Resultados do <i>t-teste para amostras independentes</i> relativos ao Auto Conceito em função da área de residência (N= 51)	52
Tabela 16 – Resultados do <i>U de Mann-Whitney</i> relativos à Auto-Eficácia (N= 51)	52
Tabela 17 – Resultados do <i>t – teste para amostras independentes</i> relativos ao estado emocional em função da escolaridade (N= 51)	53
Tabela 18 – Resultados do <i>t-teste para amostras independentes</i> relativos ao Auto Conceito em função do nível de escolaridade (N= 51)	53
Tabela 19 – Resultados do <i>U de Mann-Whitney</i> relativos à Auto-Eficácia em função do nível de escolaridade (N= 51)	54
Tabela 20 – Resultados do <i>t – teste para amostras independentes</i> relativos ao estado	

emocional em função do estatuto profissional (N= 51)	54
Tabela 21 – Resultados do <i>teste de amostra independente</i> relativos ao Auto Conceito (N= 51)	55
Tabela 22 – Resultados do <i>U de Mann-Whitney</i> relativos à Auto-Eficácia (N= 51)	55
Tabela 23 – Resultados do <i>t - teste</i> relativos ao estado civil (N= 51)	56
Tabela 24 – Resultados do <i>t-teste para amostras independentes</i> relativos ao Auto Conceito em função do estado civil (N= 51)	56
Tabela 25 – Resultados do <i>U de Mann-Whitney</i> relativos à Auto-Eficácia (N= 51)	57

## Introdução

A obesidade foi reconhecida como doença em 1948, sendo posteriormente integrada pela World Health Organization na international classification of diseases (CID) (James, 2008). É uma doença complexa e multifatorial que se desenvolve através da interação de fatores comportamentais, genéticos, sociais, metabólicos e culturais (National Institute of Health, 2000). A prevalência da obesidade tem vindo a aumentar em Portugal (Rocha & Costa, 2012; Carmo, Santos, Camolas, Vieira, & Carreira, 2008; Padez, 2006; Padez & Cardoso, 2008; Padez, Fernandes, Mourão, Moreira, & Rosado, 2004; Bento, 2011) e a nível global (Flegal, 2006; International Obesity Task Force, 2009; Low, Chin, & Deurenberg 2009; Seidell, & Flegal, 1997; World Health Organization, 2009).

Alguns autores apontam que a obesidade traz problemas psicossociais, designadamente a discriminação à qual o indivíduo obeso é sujeito perante a sociedade. Estes problemas psicossociais confluem para a diminuição da *auto estima* do obeso, tornando-o vulnerável à *depressão* e à procura do alimento, potencializando o afastamento da vida social (Schwartz, Nihalam, Jindal, Virk, & Jones, 2004). A sociedade atual vive em obsessão constante face ao culto do corpo e aversão em relação à gordura, não apenas no estrato juvenil, mas nas distintas faixas etárias (Ferriani, Dias, Silva, & Martins, 2005; Simões & Meneses, 2007; Stunkard, Faith, & Allison, 2003). Ogden sugeriu que os indivíduos obesos que não se identificam com uma imagem idealizada de magreza, apresentem baixos níveis de *auto estima* e se sintam mais deprimidos do que os indivíduos com um peso considerado normal (Ogden, 2004).

A literatura indica que existe uma relação entre fatores psicológicos e a obesidade. Vários estudos sugerem que a depressão e a ansiedade são apontadas como variáveis relacionadas com a obesidade. De acordo com Friedman e Brownell (1995) compreender esta relação entre a obesidade, depressão e ansiedade pode ser complexo e delicado. A teoria sugere que estas três variáveis podem ter uma relação causal, bem como uma associação bidirecional (Barry & Pietrzak, 2008; Faith, Matz, & Jorge 2002; Markowitz, Friedman & Arent, 2008; Mather, Enns, & Sareen 2009; Simon, Saunders, Miglioretti, Crane, Bell, & Kessler, 2006; Scott, Mc Gee, Wells, & Browne, 2008). Tal como apontado anteriormente, os indivíduos obesos são muitas vezes mal compreendidos e excluídos pela sociedade. Este facto influencia o seu auto conceito e auto estima, aumentando-lhes o sofrimento. Neste quadro de discriminação podem desenvolver episódios depressivos (Stunkard, Faith, & Allison, 2003).

A atividade física é uma estratégia a adotar para a promoção da saúde e, neste caso específico, para a prevenção da obesidade (Marques & Gaya, 1999). O abandono cada vez mais acentuado da atividade física pela população nas últimas décadas tem dado origem a elevados níveis de sedentarismo (Braggion, Matsudo, & Matsudo, 2000). Segundo Moreira (2005), a atividade física deve estar sempre incluída na vida da população porque é uma das grandes “entidades” promotoras da saúde, sendo o principal meio capaz de aumentar o dispêndio de energia do organismo (Junior & Bier, 2008). A falta de atividade física e a existência de alteração no comportamento alimentar são, indubitavelmente, os fatores predisponentes para o desenvolvimento e manutenção da obesidade (Sabia et al., 2004).

Os indivíduos obesos são mais propensos ao sedentarismo, o que também é influenciado pelo facto de terem uma menor adesão à prática de atividade física. O sedentarismo pode dar origem a hipocinesias preveníveis com atividade física regular (Matsudo et al., 2002; Saba, 2003). O excesso de peso é considerado o principal obstáculo para a adoção de atividade física regular, mas há outros fatores que contribuem para o sedentarismo, como experiências prévias negativas, ser alvo de comentários desagradáveis, apresentar uma fraca performance e possuir sentimentos de inadequação (Sabia *et al.*, 2004).

A nível psicológico, o exercício físico pode proporcionar bem-estar psíquico, que pode ser evidenciado através de baixos níveis de depressão e ansiedade, de maior resposta ao *stress*, de maior auto estima e autoconfiança (Ogden, 2004). Loureiro (2004) refere que o sedentarismo não é um comportamento natural e que poderá, com o evoluir do tempo, ter consequências a nível mental, psicológico, emocional e cognitivo.

Quando o indivíduo obeso se depara com a ausência de vida social, esta pode induzi-lo a um estado de ansiedade alterado, levando-o a desenvolver sintomatologia depressiva. Por sua vez, quando o indivíduo se encontra ansioso e deprimido, há uma maior tendência para a ingestão excessiva de alimentos de forma a acalmar o seu sofrimento emocional, levando assim à obesidade.

Atendendo ao exposto, o presente estudo tem como finalidade estudar a associação entre o auto-conceito, o estado emocional e a prática de atividade física numa amostra de mulheres adultas obesas do Centro de Saúde de Santo Tirso. Assim, numa primeira parte será apresentada uma revisão bibliográfica abordando a definição da obesidade, dados de prevalência e prevenção. Será também dado enfoque ao auto conceito na obesidade, ao estado emocional (focalizando a ansiedade e a depressão) e à atividade física no indivíduo obeso. Por último, abordar-se-á a intervenção psicológica individual e em grupo na população obesa. A segunda parte desta dissertação, a investigação empírica, visa a descrição da investigação

efetuada, nomeadamente a metodologia utilizada, os resultados obtidos, as conclusões relativas a estes mesmos resultados e sugestões para a investigação futura e prática clínica neste domínio de saúde física e mental do obeso.

*Parte I*  
*Enquadramento Teórico*

Nesta primeira fase da investigação será dada especial atenção à contextualização teórica da obesidade. Para o efeito será abordada a classificação da obesidade, a sua prevalência, bem como será dada a conhecer a sua etiologia. Será dada atenção ao tratamento da obesidade e à intervenção psicológica individual e em grupo no obeso. Irá ser focado o auto conceito na relação com a obesidade, bem como uma abordagem ao estado emocional (enfatizando a ansiedade e a depressão) e à atividade física no individuo obeso.

## 1. Obesidade

A obesidade é uma doença grave que envolve componentes genéticos, hormonais, comportamentais, culturais, sociais e psicológicos, sendo, desta forma, frequentemente definida como multifatorial (Koloktin, Meter, & Williams, 2001). Esta doença resulta da acumulação excessiva de gordura no organismo a um nível que pode causar efeitos adversos na saúde, causando uma esperança média de vida reduzida e piorando a qualidade de vida do indivíduo (OMS, 2004; Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2006). De facto, a obesidade é uma doença grave que a longo prazo potencia o aparecimento de outras doenças crónicas, debilitantes e potencialmente mortais. As doenças que mais se associam à obesidade são a hipertensão arterial, complicações ósteo-articulares, diabetes *mellitus*, colesterol elevado, doenças pulmonares e renais, problemas de anestesia em casos de cirurgia, problemas na gravidez e ainda graves problemas cardíacos e coronários. Para além da morbidade física, a obesidade potencia também problemas psicológicos e sociais que afetam a qualidade de vida do indivíduo (Silva *et al.*, 2006; Moreira, 2005).

### 1.1. Classificação da Obesidade

A classificação da obesidade, atualmente faz-se geralmente através do Índice de Massa Corporal (IMC). A fórmula que designa este índice determina-se pelo coeficiente do peso em kg, dividido pela altura em metros quadrados (Silva *et al.*, 2006; Day, Cabral, Lima, Vaitsman, Junior, Buarque, Anderson, & Teixeira, 2007). Esta fórmula é aceite como padrão de medida internacional para reconhecer o grau de obesidade de um indivíduo (Correia, 2004). O IMC é considerado um método fácil para a graduação da obesidade. Através deste método, qualquer pessoa pode obter uma indicação do seu grau de acumulação de gordura no corpo com um bom grau de acuidade.

A Organização Mundial de Saúde (2009) classifica a obesidade em função do IMC e do risco de co-morbilidade em: Obesidade Classe I ou Moderada, quando o IMC se situa entre os 30 e os 34,9; Obesidade Classe II ou Grave, quando o IMC se situa entre os 35 e os 39,9; e Obesidade Classe III ou Extrema, quando o IMC se situa acima de 40kg/m<sup>2</sup>. Um peso normal é considerado quando o IMC se situa entre 18,5 e 24,9.

Os perímetros da cintura e da anca surgem também como um método de diagnóstico de obesidade que denuncia a distribuição da gordura corporal. É também denominado por circunferência da cintura e o seu resultado divide a obesidade em dois tipos: androide e

ginóide (National Task Force, 2000; OMS, 2004; Amaral & Pereira, 2008). A distribuição da massa gorda de tipo andróide num indivíduo indica que a maior parte da sua gordura corporal está localizada à volta do estômago e do tórax (assume a forma de maçã). Por outro lado, a distribuição da massa gorda de tipo ginóide indica que a maior parte da gordura corporal está localizada pelas ancas, coxas e nádegas (assume a forma de pêra) (Day *et al.*, 2007; Amaral & Pereira, 2008). Este padrão de distribuição da gordura corporal é hereditário. Alguns sujeitos tendem a herdar o padrão de distribuição de gordura na parte superior do corpo - andróide (mais associado aos homens), enquanto outros indivíduos tendem a herdar o padrão de distribuição da gordura na parte inferior do corpo - ginóide (mais associado às mulheres) (Medeiros, Sousa, Cantisani, Lima, Torres, Silva, et al., 2008).

## **1.2. Prevalência da Obesidade em Portugal**

A obesidade é uma condição cuja prevalência tem aumentado consideravelmente nos últimos anos em todo o mundo, já tendo sido descrita, pela sua dimensão, como uma epidemia (Oliveira, 2006).

Em Portugal cerca de 15% dos adultos são considerados obesos e 37% estão em risco de o ser. A prevalência da obesidade e da pré-obesidade em crianças entre os 7 e os 9 anos é de 56% (Carmo, 2009; OMS, 2008; Miranda, Castro & Gonçalves, 2006). Estudos demonstram ainda que o nosso país é o segundo da Europa com mais crianças obesas ou com excesso de peso (Carvalho, Padez, Moreira & Rosado, 2006). Prevê-se que em 2025, 50% da população portuguesa venha a ser obesa (OMS, 2009).

O primeiro estudo efetuado a nível nacional para demonstrar a prevalência da obesidade em adultos deu-se entre 1995 e 1998, tendo como premissas base a medição objetiva do peso e da altura (Soares, 2009; Carmo *et al.*, 2000). Em 2008, o estudo relativo ao período entre 2003 e 2005, concluiu que a prevalência do excesso de peso e obesidade aumentaram de 49,6% (1995-1998) para 53,6% (2003-2005) (Soares, 2009; Carmo *et al.*, 2008). De acordo com os autores, estes resultados sugerem que as ações para a redução da obesidade não foram eficazes, mesmo tendo identificado esta doença como um problema de saúde pública uma década antes. De facto, Portugal evidencia o segundo valor mais elevado de excesso de peso e obesidade (31,56%) comparado com outros países Europeus, seguindo a tendência de outros países mediterrâneos, tais como a Espanha (30%), Grécia (30%) e Itália (36%) (Padez *et al.*, 2006).

A obesidade apresenta mais de 7% das despesas de saúde nos países da União Europeia (Schmitt, 2007). É responsável pela perda de produtividade e de incapacidade para o trabalho. Assim, esta doença apresenta repercussões financeiras consideráveis (Pereira & Mateus, 2003).

### 1.3. Etiologia da Obesidade

A obesidade tem vindo a ganhar um peso cada vez mais assustador pela sua evolução, tornando-se um grave problema de saúde e um sintoma de desequilíbrio ao estado de saúde do indivíduo.

De acordo com vários autores, a obesidade é uma doença multifatorial (*e.g.*, má alimentação, sedentarismo) e não se apresenta como uma doença com uma causa ou consequência implícita (James, 2008; Carmo *et al.*, 2008; Hudson, Hiripi, Pope & Kessker, 2007).

A obesidade, tal como apontado anteriormente, é comumente caracterizada pelo excesso de gordura corporal. Esta gordura excessiva no organismo é gerada pelo desequilíbrio energético proveniente de múltiplos fatores de cariz genético, ambiental ou psicossocial (Low *et al.*, 2009; Silva, Costa & Ribeiro 2008). Seguidamente será feita uma breve abordagem a estes três fatores.

A obesidade é encarada como uma doença multigénica, uma vez que os fatores genéticos influenciam as características da expansão do tecido adiposo (Silva *et al.*, 2008; James, 2008). O papel da genética foi investigado por diversos autores no que concerne à origem da obesidade. Autores referem que existe um gene “ob” que codifica a leptina que é a hormona sintetizada pelo tecido adiposo, que atua na diminuição do consumo alimentar e na ampliação do gasto energético (Gale, Castracane & Mantzoros, 2004). Alguns estudos, como evidenciam estes autores, têm demonstrado a influência desta hormona no desenvolvimento da obesidade. Kloiber, Ising, Reppermund, Horstmann, Dose & Majer (2007) consideram que filhos de pais obesos são mais propensos a desenvolver obesidade na vida adulta.

Por outro lado, autores como Gonçalves e Diamantino (2008) não conferem tanta importância aos fatores genéticos, encarando assim que a maioria dos casos de obesidade é de origem exógena e que as síndromes genéticas são responsáveis por uma percentagem muito reduzida dos casos de obesidade.

No desenvolvimento da obesidade, os fatores ambientais são apontados por diferentes autores como tendo o maior peso no desenvolvimento da obesidade. Estes autores defendem

que o fenómeno da obesidade é o produto da adaptação da sociedade ao processo de globalização onde a formação de consumidores veio substituir a formação de cidadãos, alterando assim toda a política de valores, costumes e dinâmica familiar (Lamounier & Parizzi, 2007; Martins, Marinho, Oliveira & Araújo, 2007).

Existem vários elementos de risco dentro dos fatores ambientais que podem levar ao crescimento da obesidade (Barlow, 2007; Carmo *et al.*, 2008). Os mesmos autores realçam a apatia física e o sedentarismo, a má utilização dos alimentos, a ingestão noturna, a desnutrição na vida intra-uterina até ao primeiro ano de vida, o uso deficiente da amamentação, bem como o desmame precoce e, por fim, a utilização deficiente das fases fisiológicas de inapetência.

Uma das principais causas ambientais do desenvolvimento da obesidade é o sedentarismo. Vande, Bolterys, e Guzman (2005) defendem que a vida sedentária da sociedade é coadjuvada pelos avanços tecnológicos como a televisão, os automóveis, os jogos de computador, entre outros. Este culto desmedido tornou-se o motor para a diminuição do gasto energético do indivíduo. Segundo Magalhães (2008) um dos principais fatores facilitadores do sedentarismo é a televisão, uma vez que é através dela que o indivíduo é constantemente invadido por programas e publicidade que estimulam a ingestão de alimentos de alto teor calórico.

Silva e colaboradores (2008) adicionam dois outros elementos ambientais predisponentes da obesidade, a dieta e a família. Relativamente à dieta, é considerada o principal fator para o desenvolvimento da obesidade. O padrão alimentar é um dos fatores mais apontados para o desenvolvimento da obesidade (Fernandes & Vargas, 2007; Viana, 2002). Os mesmos autores defendem que a obesidade é a consequência da ingestão abusiva de gorduras e carboidratos. O padrão alimentar das famílias está-se a alterar, passando da alimentação tradicional caseira para a alimentação industrializada, recorrendo às grandes cadeias de *fast-food*. Esta mudança do padrão alimentar é resultado do estilo de vida adotado pelas famílias, conduzindo ao consumo excessivo de produtos gordurosos, açúcares, doces e bebidas açucaradas e à diminuição da ingestão de cereais e produtos integrais, frutas e vegetais, os quais são fonte de fibras (Silva et al, 2008).

Finalmente, a família concorre para o desenvolvimento da obesidade através tanto da falta de apoio familiar como dos hábitos alimentares. De acordo com Mendonça e Anjos (2004), quando os hábitos alimentares das famílias não são adequados há uma maior tendência ao desenvolvimento da obesidade. Por outro lado, também a falta de apoio familiar se reflete no desenvolvimento da obesidade pois há uma tendência para compensar o sentimento de solidão através do consumo de quantidades excessivas de comida (Salve,

2006). Lamounier e colaboradores (2007) caracterizam esta doença como uma desordem da solidão e da desvalorização do cuidado nas relações interpessoais, onde a excessiva ingestão alimentar vem preencher o vazio existencial sentido.

A comunidade científica tem reconhecido os fatores psicológicos como predisponentes para a origem da obesidade.

Silva e colaboradores (2008) defendem que, de acordo com a teoria Psicanalítica, as crianças aprendem a controlar as emoções negativas através do alimento. A ingestão de alimentos é geralmente utilizada para diminuir os sentimentos de privação emocional que se manifestam na infância e que se associam, muitas vezes, à instabilidade relacional entre os pais (Luiz et al, 2005). Desta forma, as crianças minimizam sentimentos maus através da ingestão de grandes quantidades de alimento. Alguns autores defendem que o uso do alimento significa que o indivíduo possa estar a transpor para o alimento a necessidade de aumentarem a sua auto-estima (Carmo, 2008; Barlow, 2007). Estudos referem que a obesidade pode resultar de modificações no estado emocional do sujeito. Desta forma, um indivíduo com sintomas de ansiedade ou angústia, depressão leve e também com carência afetiva, tende a ingerir uma maior quantidade de alimentos calóricos, contribuindo conseqüentemente para o aparecimento ou agravamento da patologia (Oliveira, 2006).

#### **1.4. Intervenção Psicológica na Obesidade**

A abordagem cognitivo-comportamental é a abordagem mais utilizada na intervenção psicológica em indivíduos obesos (Brito, Brystronsky, Mombach, Stenzel & Repretto, 2005). Esta intervenção baseia-se na utilização sistemática do método científico, o que faz com que os seus conceitos sejam submetidos constantemente a estudos de verificação da sua validade e eficácia, para além de desenvolver continuamente técnicas que levam as pessoas a obter progressos visíveis de forma mais rápida (Brito *et al.*, 2005).

Teoricamente, a abordagem cognitivo-comportamental surge através de um processo de aprendizagem onde a pessoa deverá desenvolver as suas capacidades necessárias para lidar da maneira mais satisfatória com as situações da vida (Costa, 2000). Esta abordagem pressupõe vários níveis de funcionamento do indivíduo: o comportamento, as emoções e as cognições, ou seja, a forma como a pessoa integra e percebe o que lhe acontece (Tapadinhas & Pais-Ribeiro, 2008). Esta abordagem apresenta princípios fundamentais que dão enfoque ao comportamento e aos fatores que o influenciam. Os comportamentos que nos são desagradáveis são adquiridos no nosso percurso de vida, assim como qualquer outro. Esses

comportamentos podem ser modificados e substituídos por outros mais adequados. A modificação do comportamento centra-se no aqui e agora (Mattos, 2007; Brito *et al.*, 2005).

Relativamente à intervenção psicológica em obesos submetidos ao tratamento de restrição alimentar, esta recorre maioritariamente à intervenção cognitiva e comportamental uma vez que se pretende que o obeso adquira novos hábitos de vida, aderindo assim à mudança comportamental (Leverence, Williams, Sussman, & Crabtree, 2007). De acordo com os mesmos autores, as mudanças no estilo de vida são difíceis de conseguir dadas as interações deste com outros aspetos do quotidiano e da vida urbana como seja a falta de tempo, falta de tranquilidade que conseqüentemente podem levar a ansiedade e difícil acesso a padrões de comportamento e de consumo mais satisfatórios do ponto de vista da saúde (Leverence *et al.*, 2007). As dificuldades em alterar os hábitos de vida são manifestas, também no que se refere à alimentação. Apesar de serem conhecidas as implicações para a saúde do consumo exagerado de lípidos e proteínas animais, ou algumas dietas desequilibradas e deficitárias em nutrientes, alterar os hábitos alimentares é tarefa difícil de conseguir (Thande, Hurstak, Sciacca, & Giardina, 2009; Leverence *et al.*, 2007). Adquirir e manter um novo comportamento requer mais esforço do que continuar com os velhos hábitos arraigados e associados a outros fatores de ordem social e cultural. Desta forma, a história pessoal e familiar e ainda o envolvimento cultural, permitem compreender o porquê do desenvolvimento dos hábitos alimentares e a manutenção dos mesmos, independentemente do indivíduo se encontrar em risco. Numa investigação realizada nos países da União Europeia, a propósito das escolhas alimentares, os autores verificaram que os fatores que mais influenciavam os consumidores eram, por ordem decrescente: a «qualidade e frescura», o «preço», o «paladar», o desejo de uma «alimentação mais saudável» e as «preferências familiares» (Lennernas, Fjellstrom, Becker, Giachetti, Schmit, & Winter, 1997). Estudando as barreiras a uma alimentação saudável, os autores concluíram que a falta de tempo, o desejo de continuar a consumir os alimentos preferidos, a falta de vontade e o preço eram os principais obstáculos. Uma alimentação saudável não era vista como uma alternativa fácil, ou atrativa, à dieta praticada, sendo que a maioria dos indivíduos selecionava alimentos que não estão relacionados com promoção de uma alimentação saudável (Lennernas *et al.*, 1997).

Diversos fatores de ordem psicológica e psicossocial (e.g., falta de motivação, influências sociais, crenças e sentimentos de baixa autoeficácia) contribuem para dificultar as mudanças no estilo de vida e nomeadamente dos hábitos alimentares (Huon & Strong, 1998).

Os modelos de cognição social têm contribuído para esclarecer alguns fatores associados à mudança e manutenção de novos hábitos (Baldwin & Falciaglia, 1995). Lewis e

colaboradores (1989) afirmam que a seleção de alimentos depende mais de fatores biopsicossociais do que das necessidades fisiológicas. Segundo estes autores, o comportamento alimentar resulta da interação de fatores ambientais com variáveis psicológicas e biológicas. Assim, a intenção ou compromisso em alterar a dieta (deixar de consumir ou passar a preferir um determinado alimento ou grupos de alimentos) poderá ser influenciada por: ocorrência de doença ou sintoma inesperado no próprio, num familiar ou amigo; informação obtida através de um técnico de saúde, amigos, familiares ou meios de comunicação; atitudes face ao alimento; reforço social proporcionado pelo novo comportamento. O prazer associado ao gosto do alimento é um fator importante no compromisso para mudar.

Sendo o comportamento o objeto de análise da Psicologia, Viana (2002) defende que parece ser importante abordar o comportamento dos sujeitos em diversos contextos normais de vida, nomeadamente aqueles que dizem respeito à saúde e à doença. Educar para a saúde implica ensinar novos hábitos e mudar outros hábitos de vida. Desta forma, pode-se entender que existe mais facilidade em ensinar e implementar hábitos saudáveis (Viana, 2002).

Os hábitos não-saudáveis, adquiridos na infância e juventude, podem comprometer direta e irreversivelmente, em alguns casos, as tarefas desenvolvimentais características de cada fase do crescimento (Jessor, 1991) e tendem a tornar-se em hábitos firmemente estabelecidos (i.e. estilo de vida de risco), que só dificilmente serão mudados. Desta forma, indivíduos obesos que, ao longo da vida, nunca tenham adquirido hábitos saudáveis terão mais dificuldade em adotar estratégias saudáveis.

Tornou-se extremamente importante criar equipas multidisciplinares que promovessem a diminuição da obesidade. Deste modo, no contexto dos hábitos alimentares em particular e do estilo e hábitos de vida em geral, a Psicologia, a Nutrição e a Educação Física são disciplinas e domínios complementares. Psicólogos, Nutricionistas e profissionais de Educação Física e Desporto podem e devem trabalhar em conjunto e com outros especialistas da Saúde e da Educação no sentido de serem definidos programas de educação para a saúde (Rodrigues et al., 2000).

Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004) referem no seu estudo que a abordagem psicológica e psicoterapêutica em indivíduos obesos que recorrem a tratamentos cirúrgicos divide-se em três fases: pré-cirúrgica, internamento, pós-cirúrgica e *Follow-up*. A primeira fase refere-se à Fase da Pré-cirurgia que se caracteriza pelo momento de avaliação (protocolo: entrevista semiestruturada e questionários clínicos) e pela emissão de um parecer técnico. São utilizadas metodologias para compreensão do tratamento e do seu papel, bem como a

obtenção de um compromisso esclarecido de participação ativa. Na segunda fase, a fase do internamento, o objetivo é a preparação psicológica do paciente para o internamento, cirurgia, período pós-cirúrgico imediato e a adesão aos seus requisitos. Na última fase, fase da pós-cirurgia e *follow-up*, o modelo vai consistir tanto na terapia individual como na terapia de grupo. No final é efetuada uma reavaliação psicológica. Ainda nesta última fase, o doente submetido à cirurgia é convidado pelo psicólogo a participar quinzenalmente em sessões de terapia de grupo. Estas sessões têm como objetivo partilhar, com pessoas que se sujeitaram aos mesmos procedimentos, as experiências boas e más do pré e do pós-operatório a nível físico e psicológico (Travado *et al.*, 2004).

## **2. Auto-Conceito, Estado Emocional e Atividade Física em Obesos**

Anteriormente foi abordada a obesidade bem como a sua prevalência, etiologia e intervenção psicológica. Na abordagem feita aos fatores ambientais foi referido o papel do apoio familiar, as mudanças do padrão alimentar e o facto de o obeso se isolar. Uma vez que esta investigação tem como objetivo explorar as variáveis do auto-conceito, estado emocional e prática de atividade física considerou-se pertinente fazer uma abordagem teórica que suporte a parte empírica. Assim, neste segundo ponto será efetuada uma abordagem ao auto-conceito, estado emocional e atividade física.

### **2.1. Auto Conceito e Obesidade**

O auto conceito é um constructo teórico que possui características importantes por englobar a denominada identidade de um sujeito e é capaz de nos fazer perceber a sequência e a congruência da conduta humana ao longo dos tempos (Vaz Serra, 1986b). O auto conceito ilustra a forma como um indivíduo interage com outras pessoas e labuta com áreas que dizem respeito a necessidades e motivações. Desta forma, compreendem-se aspetos do auto controlo. A inibição ou desenvolvimento de determinado comportamento ou a razão porque certas emoções surgem em determinados contextos possibilitam uma melhor compreensão do auto conceito. O auto conceito relaciona-se, também, com certos traços e atitudes da personalidade (Vaz Serra, 1986b).

Segundo o mesmo autor, o auto-conceito é uma dimensão auto descritiva e auto avaliativa e inclui ideias, pensamentos, atitudes e sentimentos. No fundo, o auto conceito é a perceção que um indivíduo tem de si mesmo. Funciona simultaneamente como ponto de partida e quadro de referência de cada pessoa para coordenar e organizar o comportamento. A auto-avaliação faz parte de um processo construtivo do indivíduo. A estima por si é a perceção de que existem habilidades e capacidades que são elaboradas a partir do contacto social e fornecem pistas ao indivíduo sobre o seu desempenho (Vaz Serra, 1986b).

O auto-conceito não funciona de forma independente. O auto conceito é constituído pela auto-estima, pela autoimagem, pela autoeficácia, pelas identidades, pelo auto-conceito real e pelo auto-conceito ideal. Uma vez que a auto-estima faz parte do auto-conceito, a auto-estima pode ser definida como o valor que o indivíduo dá a si próprio (Vaz Serra, 1986b; Carneiro & Correia, 2005). Segundo Azevedo e Faria (2006), a auto-estima é um procedimento avaliativo e que é estabelecido por um indivíduo acerca das suas qualidades e performance. Vaz Serra

(1986b) refere ainda que a auto-estima é a componente mais importante do auto-conceito, uma vez que concorre como a dimensão afetiva do auto-conceito. Azevedo e colaboradores (2006) propõem a ideia de que o auto conceito se refere à percepção do “Eu”, enquanto a auto-estima se baseia num constructo avaliativo dessa mesma percepção.

Segundo Marsh (1989) o auto-conceito vai tendo uma progressão que se pode representar por uma curva em U, que evidencia uma queda no início da adolescência e uma subida no final da adolescência e no início da vida adulta. Será de esperar que, com a idade, as ideias sobre si próprio se vão alterando, tornando-se cada vez mais complexas devido ao aumento das potencialidades cognitivas (Marsh, 1989).

O auto-conceito é, para alguns autores, multimodal e abrange atitudes e comportamentos acerca de aptidões, aspeto e a aceitabilidade social dos indivíduos. O estudo das suas diferentes manifestações, especialmente em adolescentes e jovens adultos, representa um importante contributo para a compreensão dos processos de adaptação aos diversos acontecimentos de vida (Faria & Fontaine, 1990).

A distinção entre auto-conceito e auto-estima é um tema que tem gerado alguma polémica, uma vez que existem autores que defendem que a auto-estima é uma componente avaliativa do auto-conceito (Spiriduso, 1995; Fleming & Courtney, 1984; Vaz Serra, 1995). Bandura (1986) defende que a auto-estima é influenciada pelas informações que são adquiridas através de experiências, comparações com modelos, persuasão verbal dos outros e através do seu estado psicológico. Desta forma, um sujeito que se sinta com capacidades e que encare com naturalidade as mudanças que vão ocorrendo ao longo da vida, poderá manter os seus níveis de auto-estima (Lima, 2002). Tanto a nossa própria percepção como percepções de terceiros acerca da aparência física são muito relevantes no estudo da auto-estima global (Neves & Faria, 2009).

Na Psicologia é de relevante interesse abordar e relacionar a auto-estima com a obesidade. Bento (2004) refere que atualmente o corpo é censurado pela estética e pelo culto da imagem. O mesmo autor dá enfoque a esta situação referindo que a mesma tende a produzir uma progressiva perda de humor, um sentimento de inferioridade, uma diminuição na auto-estima, descontentamento e falta de confiança em si e nos outros. A percepção corporal concorre também para a auto-estima durante toda a vida. Contudo, parece ter um aspeto mais decisivo durante os estádios finais da vida, pois o indivíduo confronta-se com o facto de ter de se adaptar a um corpo envelhecido (Lima, 2002). Por um lado, o auto conceito é uma dimensão auto avaliativa do sujeito e engloba em si a auto eficácia. Por outro lado, o indivíduo obeso, independentemente do género, é um ser, por norma, fragilizado e vulnerável.

Silva, Costa e Ribeiro (2007) referem que a condição de obeso é aliada a significados negativos de rejeição social, fruto do preconceito e discriminação. Os mesmos autores sugerem que o homem é um ser que sente necessidade de ser aceite em sociedade. Desta forma, o indivíduo obeso ao ser discriminado e excluído passa a nutrir sentimentos de rejeição em relação à sua própria imagem. Assim, para se integrarem na sociedade passam a ser passivos e pouco exigentes, observando-se ainda a exclusão de alguns tipos de atividades sociais. A sociedade atual exige beleza, juventude e perfeição física. Neste sentido, a obesidade altera a imagem dos indivíduos, originando uma certa marginalidade e conduzindo a consequências negativas a nível psicológico, afetivo e social (Bento, 2004). Quando o indivíduo revela um corpo que não corresponde ao padrão exigido pela sociedade, a própria sociedade responde de forma negativa, inculcando ao obeso sentimentos de sofrimento, quer em termos sociais como emocionais, diminuindo assim, o seu *auto-conceito* e a sua *auto-estima* (Silva *et al.*, 2007). A insatisfação com a imagem corporal pode ser entendida como uma percepção negativa no fenómeno de componentes afetivos, cognitivos, perceptivos e comportamentais (Martins, Nunes & Noronha, 2008). Os mesmos autores referem ainda a existência de vários estudos efetuados neste âmbito que demonstraram que pessoas obesas apresentam maior insatisfação com a imagem corporal o que leva a uma diminuição da auto-estima e influenciando o auto-conceito.

O conceito de imagem corporal foi definido pela primeira vez por Schilder em 1935 como a representação que formamos mentalmente do nosso corpo e da forma como o vemos, podendo esta imagem ser alterada com o tempo e segundo as situações (Schilder, 1935 cit. in Oliveira, 2009). Neste sentido, as nossas relações sociais, fisiológicas, culturais e psicológicas são importantes na formação da imagem corporal (Schilder, 1968). Segundo Fallon (1990) a imagem corporal diz respeito à forma como o sujeito percebe o seu próprio corpo, mas também o modo como os outros indivíduos o vêem. Devido ao culto que é feito à imagem corporal de magreza idealizada e também devido à rejeição e discriminação por parte da sociedade, não é estranho observar que indivíduos que não possuam essas características se tornem pessoas com níveis de auto conceito baixos.

A imagem corporal pode ser descrita de forma multifacetada baseando-se na percepção (da aparência física) e na subjetividade (pensamentos, sentimentos e atitudes acerca do corpo) (Cash, Wood, Phelps & Boyd, 1991). McPherson e Turnbull (2005) sugerem que a imagem corporal possui uma componente subjetiva e que esta é construída por cognições afetivas fundamentadas na comparação com os outros.

Tendo em conta que o indivíduo obeso se torna mais intolerável ao padrão de magreza idealizado pela sociedade, faz sentido abordar os níveis de ansiedade e a depressão nos quais estes indivíduos possam estar inseridos. Deste modo, nos pontos seguintes serão abordados tanto a ansiedade como a depressão.

Um dos fatores que pode concorrer para o desenvolvimento de alterações do estado emocional do indivíduo, especificamente ansiedade e depressão, é a obesidade. O estado emocional do indivíduo obeso é afetado pela rejeição social à qual está exposto pois a forma corporal afasta-se dos padrões de beleza considerados pela sociedade. Desta forma, o indivíduo obeso isola-se, tornando-o mais ansioso e mais propenso a desenvolver depressão (Rocha & Correia, 2005, cit. in Mather et al, 2009).

A perceção da imagem corporal e o sentimento de fragilidade e vulnerabilidade que o obeso experiencia pode levar a alterações do estado emocional, observando-se o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão. Assim, no próximo ponto será dada atenção à depressão.

## **2.2. Depressão na Obesidade**

Aliada à condição física da obesidade, o indivíduo obeso é acompanhado por problemas psicológicos e sociais que afetam a sua qualidade de vida (Moreira, 2005). Desta forma, considerou-se importante abordar a depressão com o intuito de melhor entender a forma como esta doença afeta o estado emocional destes doentes.

A depressão é descrita no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV-TR* (APA, 2002) como uma perturbação do humor caracterizada principalmente pela presença de humor deprimido, perda do interesse na realização de atividades gratificantes, alterações do sono e do apetite, além de outros sinais e sintomas.

Fonseca (1988) refere que a depressão se pode caracterizar geneticamente pela inibição de uma ou mais funções psicofisiológicas. (e.g. na função alimentar – Anorexia Nervosa; na função sexual – a impotência). A depressão é a perda ou descida significativa da iniciativa ou da atividade vital, instaurando-se, no indivíduo, um certo nível de desespero fundado em sentimentos de culpabilidade, resultando na perda de prazer de usufruir da própria vida.

Braconnier (2007) defende que, para além da palavra depressão, se esconde um distúrbio afetivo, caracterizado por um afeto doloroso constituído por tristeza, dor moral, mal-estar, perda de prazer naquilo que era anteriormente agradável e por uma agressividade direcionada contra os outros (irritabilidade) ou contra si (culpabilidade). O mesmo autor refere-se à

gravidade da depressão como dependendo da intensidade da culpabilidade e da tristeza, mas também da intensidade de risco de paralelamente poder desenvolver transtornos de ansiedade, de adição e transtornos suicidas.

Vários autores defendem que a obesidade e a depressão são doenças independentes que evoluíram separadamente (Faith, Matz, & Jorge, 2002). Friedman e Brownell (1995) defendem que a população obesa é heterogênea nas suas experiências psicossociais, não podendo desta forma generalizar a relação entre obesidade e depressão. Markowitz e colaboradores (2008) propõem um modelo bidirecional da obesidade e da depressão, em contraste com o modelo de Braconnier. Neste modelo, são identificados mecanismos fisiológicos, cognitivos, comportamentais e sociais responsáveis pela ligação obesidade – depressão. Segundo os mesmos autores, a comorbilidade da obesidade e depressão abrangem a obesidade grave, o estatuto socioeconómico elevado e o sexo feminino. No entanto, é necessário salientar que estes fatores podem não ser potenciadores de maior obesidade e depressão. Contudo, a sua presença pode levar os indivíduos a terem maior probabilidade de desenvolverem depressão (Markowitz, 2008).

Diversos estudos sugerem que o género feminino constitui um fator de risco para a depressão entre os obesos, existindo uma associação consistente entre obesidade e depressão nas mulheres (Chen, Jiang, & Mao, 2009; Dong *et al.*, 2004; Friedman *et al.*, 1995; Luppino *et al.*, 2010; Markowitz *et al.*, 2008; Onyike *et al.*, 2003). Foi efetuado um estudo onde os investigadores utilizaram os dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* com um total de 40790 sujeitos, com o objetivo de analisar as diferenças de género nas associações entre o IMC e as perturbações afectivas (Barry *et al.*, 2008). A obesidade foi associada com um maior risco para qualquer perturbação do humor, perturbação depressiva major e perturbação distímica, em ambos os géneros. No entanto, o risco de perturbação bipolar I e II evidenciou-se mais elevado nas mulheres com obesidade e não se tendo observado o mesmo no género masculino.

Ma e Xiao (2010) testaram uma amostra populacional de mulheres dos Estados Unidos da América que participaram em 2005 ou 2006 no NHANES. Foi utilizado o *Patient Health Questionnaire*, critérios de diagnóstico do DSMIV-TR e foi calculado o IMC e a obesidade abdominal. Observou-se que 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 a partir do IMC de 30. Desta forma, o grau de obesidade foi um fator de risco para a depressão. Também se verificou que as mulheres da classe III estavam particularmente em risco em comparação com as da classe

I. A obesidade abdominal foi associada aos sintomas depressivos, mas não à depressão major. Para além de obesidade grave, do estado de saúde física, da idade adulta jovem ou de meia-idade e do nível de educação elevado, verificou-se que também estavam associados a probabilidades maiores de desenvolvimento de sintomas depressivos nas mulheres obesas.

As características depressivas que conduzem à obesidade são referidas por alguns autores e compreendem a ingestão compulsiva, a inatividade física e a medicação (Barry *et al*, 2008; Markowitz *et al*, 2008; Simon *et al*, 2006). Na depressão, particularmente na perturbação depressiva major com características atípicas, é comum observar-se aumento de apetite e ganho de peso. A ingestão compulsiva é referenciada como um dos principais fatores de risco para a depressão e obesidade (Faith *et al*, 2002; Simon *et al*, 2006; Stunkard *et al*, 2003). Segundo Paluska e Schwenk (2000) a inatividade física é comum nos indivíduos com depressão podendo esta levar a uma redução da atividade física, aumentando o risco de obesidade (Cassidy, Kotynia-English, Acres, Fliicker, Lauten, & Almeida, 2004; Simon *et al*, 2006). Relativamente às medicações prescritas para gerir as perturbações de humor podem também concorrer para o ganho de peso. O uso de medicações psicoativas, como inibidores seletivos de recaptção de serotonina, lítio e antipsicóticos atípicos e anticonvulsões, estão frequentemente associados ao aumento de peso (Schwartz, Nihalani, Gindal, Virk, & Jones, 2004; Simon *et al*, 2006).

Anderson, Cohen, Naumova e Must (2006) sugerem que há riscos suplementares para a co-morbilidade de obesidade e depressão. Estes são, a obesidade grave, o género masculino e o estatuto sócio-económico elevado. Os autores defendem ainda que estes fatores podem não causar maior obesidade ou depressão, mas que a sua presença pode funcionar como motivo para o desenvolvimento da depressão.

A associação entre obesidade e depressão pode ser potenciada através de vários mecanismos. Esses mecanismos incluem, por um lado a insatisfação com a imagem corporal (também associada à diminuição da auto-estima) e por outro, as dietas repetitivas e falhadas (que não raramente levam o indivíduo obeso a experienciar, de forma repetida, sensações de fracasso, desmotivação e desmoralização) (Anderson *et al.*, 2006).

A depressão surge frequentemente aliada a sintomatologia ansiosa. É normal que indivíduos obesos experienciem estados alterados de ansiedade tal como veremos no ponto seguinte.

### 2.3. Ansiedade na obesidade

A ansiedade constitui uma manifestação da atividade emocional ou afetiva onde se percebe a existência de sentimentos desagradáveis como mal-estar, apreensão, preocupação, expectativa, inquietude e desamparo (Fonseca, 1988).

A obesidade está associada a perturbações de ansiedade como fobia social e agorafobia com perturbação de pânico. Esta perspectiva da associação da obesidade a perturbações ansiosas parece ter maior evidência no género feminino do que no género masculino (Scott, Bruffaerts, Simon, Alonso, Angermeyer, de Girolamo et al., 2008a; Scott, McGee, Wells, & Browne, 2008b; Simon, Korff, Saunders, Miglioretti, Crane, Belle, et al., 2006; Barry, Pietrzak, & Petry, 2008; Alciati, D'Ambrosio, Foschi, Corsi, Mellado, & Angst, 2007). A ansiedade é uma característica do homem. Porém, quando se manifesta de forma exagerada pode tornar-se uma patologia. Em associação à obesidade, a ansiedade pode tornar-se patológica uma vez que esta se refere a um estado emocional transitório onde a sua intensidade alterna quando ocorrem situações caracterizadas por sentimentos desagradáveis. Desta forma, o indivíduo obeso torna-se ansioso e recorre ao alimento para acalmar a ansiedade (Simon et al., 2006).

Vários autores defendem que a ansiedade e a obesidade podem ter uma relação causal, onde se pode verificar a bi-direccionalidade (Barry *et al.*, 2008; Mather *et al.*, 2009; Scott *et al.*, 2008; Simon *et al.*, 2006). Os mesmos autores defendem que o indivíduo ingere os alimentos com algum tipo de emoção, referido como “*emotional eating*” (ingestão emocional), e que esta emoção está extremamente ligada à obesidade. Por outro lado, a ansiedade é uma emoção que é percebida pelo indivíduo de forma negativa, sendo normalmente desencadeadora da ingestão emocional (Barry *et al.*, 2008; Scott *et al.*, 2008; Anderson *et al.*, 2006).

Aliada à obesidade, surge o estigma social que provoca a alteração dos níveis de ansiedade. Vários autores defendem que o impacto do estigma associado à obesidade tem vindo a ser evidente (Pais-Ribeiro, Silva, Costa, Abreu & Cardoso, 2006; Schwartz & Brownell, 2004). Os mesmos autores referem também que as ideias estigmatizantes associadas a esta doença surgem em várias áreas como no meio laboral (pelos empregadores e co-trabalhadores), no ensino (pelos professores e alunos), na saúde (por enfermeiros e profissionais de saúde mental) e em vários outros contextos, nomeadamente pelos *média*, pelo grupo de pares e pelos próprios pais. Os autores completam esta questão referindo que com a

consciência do obeso face ao estigma a que é sujeito, fica comprometido o bem-estar psicológico.

Uma outra perspetiva é-nos dada por Scott e colaboradores (2008), os quais defendem que a ansiedade pode estar mais associada à obesidade do que à depressão, uma vez que a ansiedade não está relacionada com a perda de apetite (que é uma característica comum da perturbação depressiva maior). Os mesmos autores sugerem que existe uma forte associação entre perturbação de ansiedade e obesidade. Esta associação parece ter sido mais frequentemente observada do que na associação entre perturbação de humor e obesidade.

A depressão é uma alteração do estado emocional que muito frequentemente leva ao isolamento e à consequente ausência de prática de exercício. No ponto que se segue será abordada a atividade física no obeso e também a importância da atividade física para o bem-estar físico e psicológico do indivíduo.

#### **2.4. Atividade Física e obesidade**

A atividade física tem demonstrado ser um forte aliado ao bem-estar físico e psicológico do indivíduo. Contudo, o avanço da tecnologia agregou a si uma alteração de valores individuais, de atitudes e de valores da sociedade proliferando a ideia do culto ao sofá e o consequente sedentarismo. O avanço tecnológico e a revolução industrial demonstraram ser fatores indissociáveis à redução da atividade física e ao sedentarismo (Faleiro, 2006). O abandono progressivo da agricultura, a evolução dos meios de transporte e a forma como estes têm vindo a ser utilizados, a proliferação de novas formas de comunicação e a forma como atualmente as pessoas ocupam os seus tempos livres também são fatores que contribuem para o sedentarismo e para o crescimento explosivo da obesidade. Estas mudanças contribuíram em muito para o crescimento desta doença.

A atividade física é, segundo vários autores, qualquer movimento provocado pelos músculos esqueléticos e onde se observa gasto de energias para além do metabolismo em repouso (Caspersen, Powell & Christenson, 1985; Bouchard & Shephard, 1993; Oliveira & Maia, 2001). Caspersen e colaboradores (1985) referem, no entanto que se deve fazer uma distinção entre atividade física e exercício físico. Os mesmos autores sugerem que o exercício físico mais não é do que uma subcategoria da atividade física e é caracterizado por ser planeado, repetitivo e estruturado, cujo objetivo final ou intermédio se prende com a melhoria ou manutenção da aptidão física.

Tem-se assistido a um abandono cada vez mais acentuado da atividade física (Braggion *et al.*, 2000; Mota, 2001). A redução da atividade física, tal como apontado no início deste ponto, corresponde a uma multiplicidade de fatores como, a atividade profissional, o avanço tecnológico, fatores culturais, entre outros (Oliveira & Maia, 2001). Os mesmos autores referem ainda que o sedentarismo está em escalada constante na Europa, sendo Portugal um dos países mais afetados. Padez (2002) sugere que o sedentarismo está associado a cerca de um milhão e novecentas mil mortes a nível mundial e que é responsável pelo aparecimento do cancro da mama, do cólon e do reto, da diabetes e da doença cardíaca isquémica. A autora refere ainda que o sedentarismo não é um comportamento natural e que poderá, com o evoluir do tempo, ter consequências a nível mental, psicológico, emocional e cognitivo.

Segundo Moreira (2005), recorrer à prática de atividade física é uma boa estratégia para prevenir doenças. São exemplos, a obesidade, a doença coronária, a diabetes *mellitus* (tipo II), a hipertensão arterial, a osteoporose, o cancro do cólon, entre outras (Moreira, 2005). O mesmo autor refere que a atividade física deve ser sempre incluída na vida da população, uma vez que é uma das grandes “entidades” promotoras da saúde. A atividade física torna-se também importante pois é o principal meio capaz de aumentar o dispêndio de energia do organismo (Junior & Bier, 2008).

A atividade física pode-se realizar a dois níveis: a nível formal e a nível informal (Barata, 2005). A atividade física formal ou programada é aquela que se executa segundo um delineamento prévio com objetivos, regras de intensidade com tempo definido. A atividade física informal é caracterizada como toda a atividade espontânea e que está integrada no dia-a-dia, de forma despercebida e inobservada como por exemplo subir/descer escadas, ir a pé para a escola ou trabalho ou outro qualquer exercício que seja produto das necessidades do dia-a-dia (Barata, 2005).

A atividade física baseia-se num conjunto de comportamentos e assenta em quatro dimensões fundamentais: frequência; intensidade; duração; tipologia. A frequência refere-se ao número de sessões por dia ou por semana. A intensidade é relativa ao grau de dificuldade da atividade tendo em conta a taxa de dispêndio energético. A duração alude ao tempo estabelecido para cada sessão. Por fim a tipologia refere-se ao tipo de atividade realizada (Tavares, Raposo & Marques, 2003; ACSM, 2001; Castelo, 2000).

A nível psicológico, o exercício físico pode proporcionar bem-estar psíquico. O bem-estar psíquico pode ser evidenciado através de baixos níveis de depressão e ansiedade, de maior resposta ao stress, de maior auto-estima e autoconfiança (Padez, 2002; Ogden, 2004). Mutrie (1997) defende que o exercício físico exerce múltiplas alterações positivas em diversificadas

áreas do curso de vida, influenciando de forma positiva o auto-conceito do indivíduo. O mesmo autor sugere que o exercício físico se denota por produzir, a nível corporal, alterações significativas a curto e a longo prazo e alterações funcionais. Outros autores demonstraram, através dos seus estudos, que a prática de atividade física beneficia não só o auto-conceito, mas também a auto-estima, a personalidade, a confiança, a imagem corporal e as alterações do comportamento (Willis & Campbell, 1992; Kamal *et al.*, 1995). A literatura existente refere que o aumento da auto-estima se torna possível conforme exista aumento de atividade física, sendo estes efeitos inconscientes (Ferraz, 2006).

Fox (1997) defende que embora seja evidente que o exercício físico possa desencadear alterações positivas na maneira como o indivíduo se vê a ele próprio, ainda não é possível denunciar qual o mecanismo responsável por essas alterações. Desta forma, é coerente incentivar os profissionais a promover o exercício físico de forma a alcançar valores positivos da autoperceção.

É importante também esclarecer que os efeitos do exercício físico na auto-estima evidenciam o modelo psicológico segundo o qual, a participação da atividade física fundamenta a associação da prática de exercício à auto-estima. Este modelo teórico retrata que as mudanças positivas da auto-estima se refletem na participação de atividade física, elevando a aparência física e promovendo, conseqüentemente, o bem-estar psicológico (Ferraz, 2006; Sonstroem, 1978).

Numa sociedade onde a magreza se assume como o estereótipo desejado, somos confrontados com o aumento da prevalência da obesidade. Segundo Padez (2002), existem evidências de que baixos níveis de atividade física contribuem de forma significativa para a obesidade e excesso de peso. A compreensão da obesidade depende também do entendimento do conceito de balanço energético (Padez, 2002). Os atuais níveis de atividade física na população em geral são mais baixos comparativamente ao passado, uma vez que para estar vivo o indivíduo não tem necessariamente de ser fisicamente ativo. A ausência de atividade física na sociedade é grave sendo que contribui claramente para a prevalência atual de obesidade e de outros problemas de saúde (Padez, 2002; Mota, 2001). Os níveis de atividade física dependem de decisões espontâneas, e, vão, presumivelmente, permanecer baixos para muitas pessoas.

Batista, Silva, Santos, Mota, Santos, Vale e colaboradores (2011) realizaram um estudo que abrangeu uma amostra representativa da população portuguesa, selecionada a partir de uma distribuição por regiões e teve como objetivo avaliar os níveis de atividade física da população portuguesa. Foram avaliados 6299 participantes de dezoito distritos de cinco zonas

de Portugal Continental. Todavia, os resultados foram apresentados com base na avaliação de 5231 sujeitos, uma vez que apenas foram considerados os registos válidos da atividade física. Sendo o estudo de Batista e colaboradores (2011) bastante extenso, optou-se, para a presente investigação, enunciar os resultados obtidos das mulheres adultas ( $n=803$ ). Optou-se também por caracterizar apenas a intensidade da atividade física (leve, moderada e vigorosa) e a prática de atividade física total desta amostra ( $n=803$ ). Assim, relativamente à atividade física leve, as mulheres do Centro, de Lisboa e do Norte despendem mais tempo comparativamente às do Algarve e do Alentejo. Observou-se também que as mulheres adultas do Centro manifestam valores mais elevados de atividade física leve do que na região do Norte. Quanto à prática de atividade física moderada, o estudo sugeriu que as participantes da zona Centro e da zona Norte se envolvem mais tempo neste tipo de atividades do que as participantes do Alentejo, do Algarve e de Lisboa. Finalmente, no que diz respeito à atividade física vigorosa, o estudo não revelou haver diferenças significativas no que diz respeito à distribuição nacional. Ainda se constatou que, a nível nacional, 63,7% das participantes são suficientemente ativas e 37,3% são insuficientemente ativas.

Sumariando, a ansiedade e a depressão estão associadas à obesidade (Hraboski et al, 2008). Todavia, os indivíduos obesos com altos níveis de auto conceito parecem ter melhor equilíbrio emocional e melhor adaptação à prática de atividade física do que indivíduos com baixos níveis de auto-conceito e estado emocional.

O auto conceito é a dimensão auto avaliativa do ser humano e engloba em si a autoimagem, a auto eficácia, entre outras dimensões. Como tal, se estas dimensões estiverem comprometidas, é natural que potencie o aparecimento de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Relativamente à prática de atividade física, esta tende a ser o ponto onde o individuo obeso possa ganhar algum equilíbrio uma vez que à prática de atividade física estão associados resultados na alteração da imagem corporal e o isolamento social torna-se menos evidente.

A investigação aponta que tanto a ansiedade como a depressão têm uma relação causal com a obesidade, uma vez que ambas podem levar ao desenvolvimento da obesidade. Neste sentido, os indivíduos obesos têm maior propensão para se sentirem mais ansiosos e para deprimirem mais facilmente (Barry et al, 2008; Markowitz et al, 2008; Mather et al, 2009).

Tendo em conta o exposto, esta investigação visa estudar a relação existente entre as variáveis auto-conceito, estado emocional e atividade física em utentes obesas do Centro de Saúde de Santo Tirso.

***Parte II***  
***Investigação Empírica***

Nesta segunda parte, serão apresentados os resultados obtidos tendo em conta o auto-conceito, o estado emocional, os hábitos de saúde e de estilo de vida, bem como a associação entre o auto-conceito, o estado emocional e a prática de atividade física. Será também dado relevo aos dados relativos à variação dos resultados em função das variáveis sócio-demográficas estudadas (*e.g.* idade, zona de residência, escolaridade, estatuto profissional e estado civil). Farão também parte do estudo a discussão dos resultados apresentados bem como a análise das limitações inerentes a este estudo, terminando com a conclusão e as implicações futuras desta investigação.

### **3. Metodologia**

Neste ponto é feita uma descrição da metodologia utilizada, contemplando os objetivos propostos para a investigação, as variáveis estudadas, o procedimento de recolha de dados, a caracterização da amostra, os instrumentos de avaliação selecionados e a forma como os dados foram tratados e analisados.

#### **3.1. Objetivos e desenho do Estudo**

O principal objetivo deste estudo é analisar a associação entre atividade física, auto-conceito e estado emocional numa amostra de mulheres adultas obesas do Centro de Saúde de Santo Tirso. Os objetivos específicos deste estudo são: a) caracterizar a amostra ao nível do auto-conceito, da prática de atividade física e do estado emocional (ansiedade e depressão); b) estudar a variação dos resultados em função das variáveis comportamentais, sócio-demográficas e clínicas; c) contribuir com informação pertinente para fundamentar estratégias para uma futura intervenção com população obesa do Centro de Saúde de Santo Tirso, que vise promover a atividade física e o bem-estar emocional destes utentes. Tendo em conta os objetivos traçados para esta investigação, recorreu-se a uma investigação descritiva, observacional do tipo analítico-transversal.

#### **3.2. Variáveis estudadas**

Tendo em conta os objetivos acima descritos, foram consideradas para esta investigação um conjunto de variáveis que foram agregadas em cinco grupos: variáveis psicossociais e cognitivas; variáveis de bem-estar emocional; variáveis comportamentais e de estilo de vida; variáveis clínicas; variáveis sócio-demográficas.

**Variáveis Psicossociais e Cognitivas:** auto-conceito.

**Variáveis do Estado Emocional:** ansiedade e depressão.

**Variáveis Comportamentais e de Estilo de Vida:** prática de atividade física, prática de exercício físico e hábitos de vida (hábitos alimentares, consumo de álcool e de tabaco)

**Variáveis Clínicas:** Peso, altura, índice de massa corporal, grau de obesidade, história familiar de obesidade; existência de patologia associada à obesidade (hipertensão arterial,

diabetes, doença coronária, doença pulmonar); acompanhamento psicológico/psiquiátrico; uso de medicação.

**Variáveis Sócio-demográficas:** Idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e profissão, agregado familiar, número e idade dos filhos, área de residência, estatuto sócio-económico.

### **3.3. Amostra**

Para o presente estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência, constituída por utentes obesos adultos do género feminino em seguimento na consulta de nutrição das Unidades de Saúde Familiar de Ponte Velha e de Vil'Alva do Centro de Saúde de Santo Tirso. Foram considerados critérios de exclusão a incapacidade de preenchimento e compreensão das medidas de avaliação.

#### **3.3.1. Procedimento de Recolha de Dados**

Após ser concedido o pedido de autorização pela ARS Norte para a realização da investigação no ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa, edifício da sede, os participantes foram contactados e informados em contexto de consulta de nutrição acerca dos objetivos do estudo e dos procedimentos de recolha de dados. A participação no estudo foi voluntária e foi garantida a confidencialidade dos dados. Os utentes que aceitaram participar na investigação assinaram um consentimento informado escrito.

Os utentes que aceitaram ser incluídos na investigação responderam aos questionários após a consulta de nutrição. A avaliação psicométrica foi realizada individualmente através de medidas de auto-relato e foram fornecidas as instruções de preenchimento.

#### **3.3.2. Caracterização socio-demográfica e clínica da amostra**

A amostra é constituída por 51 utentes obesas adultas, caucasianas, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ( $37,8 \pm 14,04$ ). Através da tabela 1, entre outras variáveis estudadas, observam-se valores referentes à média e ao desvio-padrão da idade.

A maior parte das utentes são casadas ( $n=21$ ; 41,2%), 27,5% são solteiras ( $n=14$ ), 9 utentes em união de facto (17,6%) e 5 utentes divorciadas (9,8%).

Em relação ao *estatuto profissional*, 54,9% das participantes encontra-se profissionalmente ativa ( $n=28$ ), estando 33,3% desempregadas ( $n=17$ ) e 11,8% são estudantes ( $n=6$ ).

Em termos de *habilitações literárias*, a maior parte dos participantes possui o 3º ciclo do ensino básico ( $n=28$ ; 54,9%), 21,6% possui o ensino básico ( $n=11$ ) e 19,6% das utentes possui/frequenta o ensino superior ( $n=10$ ).

Quanto à *área de residência*, a maioria das participantes reside em meio rural ( $n=46$ ; 90,2%).

**Tabela 1 - Caracterização Sócio-demográfica da amostra total (N=51)**

Variáveis Sócio-demográficas	<i>n</i>	%	M	DP
Idade categorizada				
[18-29]	16	34,1	22,3	3,11
[30-49]	23	45,1	38,1	5,91
[50-65]	12	23,5	57,8	5,11
Estado Civil				
Solteira	14	27,5		
Casada	21	41,2		
União de Facto	9	17,6		
Viúva	2	3,9		
Divorciada	5	9,8		
Estatuto Profissional				
Empregada	28	54,9		
Desempregada	17	33,3		
Estudante	6	11,8		
Habilitações Literárias				
1º Ciclo	11	21,6		
2º Ciclo	2	3,9		
3º Ciclo	28	54,9		
Licenciatura	10	19,6		
Área de Residência				
Rural	46	90,2		
Urbana	5	9,8		

Na Tabela 2 estão representadas as variáveis clínicas e de estilo de vida. Quanto à classificação do *índice de massa corporal* (IMC) observa-se que 62,7% das participantes se encontra entre o intervalo 35,0 e 39,9, que corresponde a obesidade grau II. Do total da amostra, 8 sujeitos (15,7%) apresentam obesidade grau I, e 11 participantes (21,6%) obesidade grau III (mórbida).

Relativamente às condições clínicas, verificou-se a predominância de níveis elevados de colesterol ( $n=22$ ; 43,1%) e a diabetes ( $n=22$ ; 43,1%), seguindo-se a hipertensão arterial ( $n=17$ , 33,3%). Outras complicações existem mas em menor frequência (doença coronária ( $n=4$ ;

7,8%), problemas de tiróide ( $n=4$ ; 7,8%), artrite ( $n=9$ ; 17,6%) e doença pulmonar ( $n=6$ ; 11,8%). Ainda no que concerne à medicação, verificou-se que 58,8 % ( $n=30$ ) dos participantes se encontrava medicado.

No respeitante à *prática de atividade física*, observou-se que a maior parte das participantes não pratica atividade física ( $n=28$ ; 54,9%), sendo que as restantes participantes ( $n=23$ ; 45,1%) praticam regularmente alguma forma de atividade física.

Quanto ao *tempo que pratica atividade física*, pode-se constatar que a maioria das participantes, informa que já o faz entre 6 a 12 meses ( $n=10$ ; 19,6%), seguindo-se aqueles que o fazem entre 12 a 18 meses ( $n=7$ ; 13,7%). De notar que apenas 3 sujeitos (5,9%) realizam atividade física há mais de 18 meses, e também 3 sujeitos começaram a prática há cerca de 3 a 6 meses.

No que concerne à *regularidade da prática de atividade física*, dos participantes que praticam, a maior parte realiza 4 sessões de treino por semana ( $n=13$ ; 25,5%), seguindo-se aqueles que realizam 5 treinos semanais ( $n=4$ ; 7,8%), e por último aqueles que realizam apenas 1 treino/semana ou 3 treinos/semana ( $n=3$ ; 5,9%).

Em relação ao *tipo de atividade física*, entre aqueles que realizam alguma forma de exercício, a maior parte procura as atividades de academia ( $n=10$ ; 19,6%), seguindo-se o *jogging* ( $n=6$ ; 11,8%). Outras formas incluem a natação ( $n=4$ ; 7,8%) e a corrida ( $n=3$ ; 5,9%). Observa-se que relativamente a *outros hábitos de atividade física*, o caminhar ( $n=23$ ; 54,9%) e o subir/descer escadas ( $n=23$ ; 54,9% e  $n=22$ ; 43,1 respetivamente) são as atividades predominantes.

Quanto aos *hábitos alimentares*, observa-se que a maioria dos sujeitos tem por hábito o consumo de doces ( $n=44$ ; 86,3%), *fastfood* ( $n=42$ ; 82,4%), de salgados ( $n=37$ ; 72,5%) e de bebidas alcoólicas ( $n=28$ ; 54,9%).

Relativamente ao *consumo de substâncias*, o tabaco ( $n=4$ ; 7,8%) e outras substâncias ( $n=4$ ; 7,8%), demonstram uma reduzida prevalência.

**Tabela 2 – Variáveis clínicas e de estilo de vida da amostra (N=51)**

	<i>n</i>	%
<i>Índice de massa corporal</i>		
[30 - 34,9]	8	15,7
[35 - 39,9]	32	62,7
≥ 40	11	21,6
<i>Toma algum tipo de medicação</i>		
Sim	30	58,8
Não	21	41,2

**Tabela 2 – Variáveis clínicas e de estilo de vida da amostra (N=51) (cont.)**

	<i>n</i>		<i>%</i>	
<i>Apoio Psicológico</i>				
Sim	4		7,8	
Não	47		92,2	
<i>Prática de atividade física</i>				
Sim	23		45,1	
Não	28		54,9	
<i>Há quanto tempo pratica atividade física</i>				
3 a 6 meses	3		5,9	
6 a 12 meses	10		19,6	
12 a 18 meses	7		13,7	
Mais de 18 meses	3		5,9	
Não se aplica	28		54,9	
<i>Regularidade da prática de atividade física</i>				
1 vez por semana	3		5,9	
4 vezes por semana	13		25,5	
5 vezes por semana	4		7,8	
Todos os dias da semana	3		5,9	
Não se aplica	28		54,9	
<i>Tipo de atividade física</i>				
Ginásio	10		19,6	
Jogging	6		11,8	
Natação	4		7,8	
Corrida	3		5,9	
Não se aplica	28		54,9	
<i>Outros hábitos de atividade física</i>				
	Sim		Não	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Caminhada	23	45,1	28	54,9
Corrida	3	5,9	48	94,1
Subir escadas	23	45,1	28	54,9
Descer escadas	22	43,1	29	56,9
<i>Hábitos alimentares</i>				
	Sim		Não	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Doces	44	86,3	7	13,7
Salgados	37	72,5	14	27,5
Fast-food	42	82,4	9	17,6
Álcool	28	54,9	23	45,1
<i>Consumo de substâncias</i>				
	Sim		Não	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Tabaco	4	7,8	47	92,2
Outras Substâncias	4	7,8	47	92,2

**Tabela 2 – Variáveis clínicas e de estilo de vida da amostra (N=51) (cont.)**

<i>Doenças/Condições clínicas</i>	<i>n</i>		<i>%</i>	
	Sim		Não	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Doença coronária	4	7,8	47	92,2
Problemas tiróide	4	7,8	47	92,2
Artrite	9	17,6	42	82,4
Colesterol	22	43,1	29	56,9
Doença pulmonar	6	11,8	45	88,2
Diabetes	22	43,1	29	56,9
Hipertensão	17	33,3	34	66,7

### 3.4. Material e Instrumentos de Avaliação

Foram utilizados instrumentos de avaliação já adaptados e validados para a população portuguesa, sendo apenas desenvolvida para este estudo a ficha de dados sócio-demográficos e clínicos.

#### 3.4.1. Inventário Clínico de Auto-Conceito – ICAC (Vaz Serra, 1987)

O inventário clínico de auto-conceito (ICAC) é uma escala unidimensional que mede aspetos sociais e emocionais do auto-conceito e é constituído por 20 itens medidos numa escala tipo Likert (de 1 a 5). Este instrumento é constituído pelas seguintes escalas de auto-conceito: Aceitação - Rejeição Social, Auto-Eficácia, Maturidade Psicológica, Impulsividade – Actividade.

A validade do ICAC foi comprovada no decurso do processo original de construção do inventário (Vaz Serra, 1986). Investigações posteriores com amostras de indivíduos normais e indivíduos com perturbações emocionais permitiram reforçar a ideia de que o ICAC é um instrumento que demonstra uma validade adequada (Vaz Serra, 1987). O autor refere no seu artigo original que estudar o auto-conceito em termos de validade é uma tarefa extremamente difícil, uma vez que o auto-conceito é considerado como um fenómeno íntimo e privado e não exteriorizável de forma direta. Desta forma no estudo de validade do constructo realizado por Serra (1987), foi solicitado aos 920 participantes que classificassem o conceito que tinham deles próprios como muito mau, mau, razoável, bom ou muito bom. Procedeu-se a um estudo de correlação entre a nota global e a classificação pessoal do auto-conceito. A correlação foi de .466, assumindo-se como altamente significativo para a amostra em questão (n=920).

No estudo das características psicométricas do ICAC na presente investigação procedeu-se ao estudo da consistência interna da escala. Tal estudo pode ser observado na Tabela 3, com

uma amostra de 51 sujeitos, a consistência interna do ICAC foi avaliada pelo  $\alpha$ -Cronbach, tendo-se obtido um resultado de 0,80, o que confere um bom índice na avaliação da consistência interna do questionário.

**Tabela 3 – Avaliação da consistência interna do ICAC (N=51)**

<b>Itens</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
ICAC - Escala Total	0,80
Aceitação/rejeição social	0,56
Auto-eficácia	0,58
Maturidade psicológica	0,72
Impulsividade-atividade	0,43

#### **3.4.2. International Physical Activity Questionnaire – IPAQ (Craig et al., 2003 ; adaptado por Barretta *et al.*)**

O IPAQ é um questionário que avalia a prática de atividade física vigorosa e moderada. Existem duas versões deste instrumento: uma versão curta e uma versão longa. A versão curta do IPAQ, com 9 itens estuda a frequência (em vezes por semana), a duração (em minutos) e a intensidade da atividade física (moderada ou vigorosa). Este instrumento estuda três domínios principais e um domínio complementar sendo que aos domínios principais correspondem as caminhadas, a atividade física moderada e a atividade física vigorosa e ao domínio complementar corresponde o tempo de atividade sedentária (Craig *et al.*, 2003).

O IPAQ foi validado em 12 países europeus por Craig e colaboradores em 2003. Este instrumento foi já utilizado para caracterizar a atividade física da população adulta portuguesa, bem como a atividade física no Arquipélago dos Açores para o intervalo etário entre os 18 e os 65 anos (Mil-Homens, 2004; Santos & Mota, 2006; Santos *et al.*, 2008).

A opção pela aplicação do IPAQ justifica-se no sentido de caracterizar qualitativamente a atividade física de adultos obesos. No entanto, convém salientar o recurso a este instrumento para uma análise qualitativa das respostas, uma vez que a sua cotação engloba procedimentos específicos de recolha que não foram utilizados.

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

A finalidade do HADS é apoiar os profissionais de saúde na identificação do estado emocional dos doentes quando afetados por doença física (Pais-Ribeiro & McIntyre, 2007). Tem como principal objetivo avaliar de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão. É constituído por duas subescalas. Uma avalia os níveis de ansiedade (constituída por 7 itens) e outra avalia os níveis de depressão (constituída por 7 itens). Cada item é respondido numa escala com 4 opções de resposta (0-3), sendo que os valores obtidos podem variar entre 0 e 21 para cada uma das subescalas. É um instrumento de rápida resposta e cuja versão desenvolvida para Portugal revela boas qualidades psicométricas. A versão portuguesa da HADS foi denominada como Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e foi traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999). Esta versão foi aplicada a uma amostra de doentes após Enfarte de Miocárdio, num estudo longitudinal realizado em 5 momentos diferentes: 4.º dia do internamento (111 sujeitos); momento da alta (187 sujeitos); 2 semanas após a alta (114 sujeitos); 3 meses após a alta (110 sujeitos) e 6 meses após a alta (60 sujeitos). Os coeficientes de  $\alpha$  de Cronbach alternaram entre 0,75 a 0,90 na sub-escala da ansiedade e entre 0,75 a 0,85 na sub-escala da depressão (McIntyre et al, 1999).

As classificações finais indicam que se pode ou não estar perante problemas. Desta forma, valores iguais ou inferiores a 7 são considerados normais, valores entre 8 e 10 revelam estar perante níveis de ansiedade e depressão leves, de 11 a 15 é moderada e de 16 a 21 é severa (Snaith & Zigmond, 1994). A nota para cada dimensão varia entre 0 a 21. Os autores aplicaram a escala a 100 sujeitos adultos de ambos os sexos, que sofriam de diferentes doenças físicas e demonstraram a sua consistência interna, com valores que variaram entre 0,41 a 0,76 ( $p < 0,01$ ) para a subescala da ansiedade e entre 0,30 a 0,60 ( $p < 0,02$ ) para a subescala da depressão (Zigmond & Snaith, 1983). Foi testada a validade através da correlação de *Spearman* entre os valores das 2 sub-escalas assim como em entrevistas psiquiátricas tendo obtido boa significância tanto para a depressão como para a ansiedade ( $p < 0,001$ ) (Zigmond and Snaith, 1983).

A tabela 4 representa os dados do estudo da fidelidade na presente investigação sendo que foi utilizada uma amostra com 51 sujeitos após consulta de nutrição do centro de saúde.

**Tabela 4 – Avaliação da consistência interna do HADS (N=51).**

<b>Itens</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
- Ansiedade	0,77
- Depressão	0,77
- HADS Total	0,85

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

Foi construída uma ficha para recolha de dados sócio-demográficos e informação clínica, constituída por itens de escolha múltipla e de resposta direta breve. O primeiro grupo de itens refere-se ao género, idade, estado civil, agregado familiar, situação profissional e ramo de atividade. Os restantes itens procuram recolher informação acerca do peso, altura, índice de massa corporal, grau de obesidade, história familiar de obesidade, presença de doenças médicas associadas à obesidade (e.g. hipertensão arterial, diabetes), alimentação, prática de atividade física, consumo de substâncias, acompanhamento psicológico/psiquiátrico e medicação.

#### **3.5. Procedimentos de análise dos dados**

Todos os cálculos foram realizados através do Statistical Package for the Social Sciences – versão 19.0 (SPSS).

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

A análise descritiva de dados incidiu na média (M), desvio-padrão (DP), frequências e percentagens para as variáveis sócio-demográficas e clínicas.

O estudo da associação entre variáveis foi realizado pelo coeficiente de *Pearson* ou de *Spearman*. A interpretação da magnitude da correlação foi efetuada pelo intervalo de correlação de Pestana e Gageiro (2005).

A consistência interna dos questionários ICAC e HADS foi avaliada pelo  $\alpha$ -Cronbach e encontra-se demonstrada na descrição de cada um dos instrumentos, respetivamente.

O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ). Todavia, a existência de valores de significância superiores a 5% e iguais ou inferiores a 10%, foram considerados marginalmente significativos ( $p \leq 0,10$ ).

#### **4. Apresentação dos resultados do estudo**

Neste ponto serão apresentados os resultados obtidos no decorrer da investigação. Desta forma irão ser apresentados os resultados descritivos das variáveis do auto-conceito

(Aceitação/Rejeição Social, Auto – Eficácia, Maturidade Psicológica, Impulsividade-Atividade e Auto - Conceito), do estado emocional (ansiedade e depressão), e da atividade física, bem como a associação entre o auto-conceito, o estado emocional e a prática de atividade física. Será também dado relevo aos dados relativos à variação dos resultados em função das variáveis sócio-demográficas estudadas (idade, zona de residência, escolaridade, estatuto profissional, estado civil e IMC).

#### 4.1. Resultados descritivos

Seguidamente serão apresentados os resultados descritivos alcançados no decurso da presente investigação no que diz respeito ao auto conceito, estado emocional e prática de atividade física.

##### 4.1.1. Auto Conceito

Os resultados descritivos para as subescalas do ICAC (Aceitação/Rejeição Social, Auto – Eficácia, Maturidade Psicológica, Impulsividade-Atividade e Auto - Conceito) apresentados na tabela 5, indicam que a Aceitação/Rejeição Social assume a média de 16,9 (DP= 2,97), na Auto-Eficácia a média é de 18,9 (DP= 3,82). A Maturidade Psicológica tem uma média de 15,4 (DP= 2,63) e para a subescala da Impulsividade-Atividade, a média é de 11,6 (DP= 2,02). O ICAC Total assumiu uma média de 69,9 (DP= 9,16).

Atendendo aos valores mínimos e máximos da escala e de cada subescala, estes valores encontram-se dentro da média.

**Tabela 5 – Resultados descritivos (M e DP) das subescalas do ICAC na amostra em estudo (N=51)**

	<b>M</b>	<b>DP</b>
Aceitação/Rejeição Social	16,9	2,97
Auto-Eficácia	18,9	3,82
Maturidade Psicológica	15,2	2,63
Impulsividade-Atividade	11,6	2,02
ICAC Total	69,9	9,16

##### 4.1.2. Estado Emocional

Os resultados descritivos para as subescalas do HADS apresentados na tabela 6 indicam que a Ansiedade assume a média de 8,3 (DP= 4,98) e a Depressão tem uma média de 6,5 (DP= 4,45) revelando os resultados relativos à ansiedade serem superiores ao ponto de corte 7 (resultado clinicamente significativo).

**Tabela 6 – Resultados descritivos (M e DP) das subescalas do HADS na amostra em estudo (N=51)**

	<b>M</b>	<b>DP</b>
Ansiedade	8,29	4,98
Depressão	6,45	4,45

A tabela 7 apresenta o grau de ansiedade e depressão da amostra, de leve a severo, evidenciando também o nível desejável (Carroll, Kathol, Noyes, Wald, & Clamon, 1993). Verifica-se que as utentes da amostra em estudo, na grande maioria apresentam um grau moderado de ansiedade e um grau leve de depressão.

**Tabela 7 – Níveis de ansiedade e depressão na amostra em estudo (N=51)**

<b>Gravidade</b>	<b>Ansiedade</b>		<b>Depressão</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Desejável	2	3,9	17	33,3
Leve	12	23,5	18	35,3
Moderado	28	54,9	13	25,5
Severo	9	17,6	3	5,9

#### 4.1.3. Atividade Física

Os resultados descritivos para a prática de atividade física apresentados na tabela 8, indicam que 54,9% das participantes não pratica atividade física ( $n=28$ ), sendo que as restantes participantes ( $n=23$ ; 45,1%) praticam regularmente alguma forma de atividade física.

**Tabela 8 – Resultados descritivos (frequência e percentagem) da prática de atividade física na amostra em estudo (N=51)**

	<i>n</i>	%	<b>M</b>	<b>DP</b>
Sim	23	45,1	2,9	0,79
Não	28	54,9	2,6	1,17

Os resultados descritivos do IPAQ, que avaliaram a frequência, duração e intensidade da prática de atividade física, encontram-se enunciados na tabela 9. Através da mesma observou-se que 23 participantes praticam atividade física vigorosa (45,1%;  $M=2,9$ ;  $DP= 0,79$ ) e 28 não pratica atividade física vigorosa (54,9%;  $M= 2,6$ ;  $DP= 1,17$ ). Das participantes que praticam atividade física vigorosa, 15,7% despende entre 0h a 1h ( $n=8$ ), 11,8% despende entre 1h a 2h ( $n=6$ ), 5,9% despende entre 2h a 3h ( $n=3$ ), 5,9% despende entre 3h a 4h ( $n=3$ ), 3,9%

despende entre 4h a 5h ( $n=2$ ) e 2,0% despende entre 5h a 6h do seu tempo por semana para praticar atividade física vigorosa ( $n=1$ ).

No que concerne à atividade física moderada, constatou-se que 23 participantes praticam atividade física moderada (45,1%) e 28 participantes não praticam atividade física moderada (54,9%). Das participantes que praticam atividade física moderada, 7 despendem entre 0h a 1h (13,7%), 4 despendem entre 1h a 2h (7,8%), 4 despendem entre 2h a 3h (7,8%), 4 despendem entre 3h a 4h (7,8%), 2 despendem entre 4h a 5h (3,9%) e 2 despendem entre 5h a 6h do seu tempo por semana para praticar atividade física moderada (3,9%).

Relativamente à prática de andar/caminhar, 23 participantes tem por hábito andar/caminhar (45,1%) e 28 participantes não tem esse hábito (54,9%). Das participantes que tem por hábito andar/caminhar, 27,5% fazem-no até uma hora de duração ( $n=14$ ), 2,0% fazem-no até duas horas de duração ( $n=1$ ), 7,8% fazem-no até três horas de duração ( $n=4$ ), 5,9% fazem-no até quatro horas de duração ( $n=3$ ) e 2,0% despendem até cinco horas do seu tempo para esta modalidade ( $n=1$ ). Quanto à intensidade, 10 participantes caminham a um ritmo vigoroso (19,6%), 9 participantes caminham a um ritmo moderado (17,6%) e 4 participantes caminham a um ritmo lento (7,8%).

Por último foi também avaliado o tempo que as participantes se encontram inativas (sentadas) tanto durante os cinco dias da semana como nos dois dias do fim de semana. Observou-se que, nos dias de semana, 3,9% não se sentam ( $n=2$ ), 17,6% sentam-se entre zero horas a uma hora ( $n=9$ ), 33,3% sentam-se entre uma hora a duas horas ( $n=17$ ), 27,5% sentam-se entre duas hora a três horas ( $n=14$ ), 11,8% sentam-se entre três a quatro horas ( $n=6$ ) e 5,9% sentam-se quatro a cinco horas ( $n=3$ ). Nos dias de fim de semana, verificou-se que 2,0% sentam-se entre zero horas a uma hora ( $n=1$ ), 11,8% sentam-se entre uma hora a duas horas ( $n=6$ ), 11,8% sentam-se entre duas hora a três horas ( $n=6$ ), 33,3% sentam-se entre três a quatro horas ( $n=17$ ), 19,6% sentam-se quatro a cinco horas ( $n=10$ ) e 21,6% sentam-se cinco a seis horas ( $n=21$ ).

**Tabela 9 – Resultados descritivos do IPAQ na amostra em estudo (N=51)**

		<i>n</i>	%
Atividade Física Vigorosa	Sim	23	45,1
	Não	28	54,9

**Tabela 9 – Resultados descritivos do IPAQ na amostra em estudo (N=51) (cont.)**

		<i>n</i>	%
Duração da atividade física vigorosa	0h a 1h	8	15,7
	1h a 2h	6	11,8
	2h a 3h	3	5,9
	3h a 4h	3	5,9
	4h a 5h	2	3,9
	5h a 6h	1	2,0
Atividade Física Moderada	Sim	23	45,1
	Não	28	54,9
Duração da atividade física moderada	0h a 1h	7	13,7
	1h a 2h	4	7,8
	2h a 3h	4	7,8
	3h a 4h	4	7,8
	4h a 5h	2	3,9
	5h a 6h	2	4,0
Andar/Caminhar	Sim	23	45,1
	Não	28	54,9
Duração semanal de andar/caminhar	Até 1h	14	27,5
	2h	1	2,0
	3h	4	7,8
	4h	3	5,9
	5h	1	2,0
Ritmo andar/caminhar	Vigoroso	10	19,6
	Moderado	9	17,6
	Lento	4	7,8
Tempo sentado durante a semana	Não se aplica	2	3,9
	0h a 1h	9	17,6
	1h a 2h	17	33,3
	2h a 3h	14	27,5
	3h a 4h	6	11,8
	4h a 5h	3	5,9
Tempo sentado durante o fim de semana	1h a 2h	1	2,0
	2h a 3h	6	11,8
	3h a 4h	6	11,8
	4h a 5h	17	33,3
	5h a 6h	10	19,6
	6h a 7h	11	21,6

#### 4.2. Associação entre auto conceito estado emocional e atividade física

Os resultados da correlação de *Spearman Rho* entre a atividade física e as subescalas do Inventário Clínico de Auto - Conceito, bem como com as subescalas do HADS (ansiedade e depressão) encontram-se na tabela 10.

**Tabela 10 – Coeficientes de correlação de *Spearman Rho* entre atividade física, auto-conceito e estado emocional (N=51).**

	Atividade Física	Aceitação/ Rejeição Social	Auto-eficácia	Maturidade Psicológica	Impulsividade-Atividade	ICAC Total	Ansiedade	Depressão
Atividade Física	-----	.180	.426**	-.038	.162	.087	.060	.009
Aceitação/Rejeição Social		-----	.454**	.357*	.646**	.869**	-.226	-.141
Auto-eficácia			-----	.181	.075	.540**	-.003	-.172
Maturidade Psicológica				-----	.521**	.656**	-.204	-.335*
Impulsividade – Atividade					-----	.727**	-.348*	-.259
ICAC Total						-----	-.252	-.275
Ansiedade							-----	.507**
Depressão								-----

\*\*  $p < 0,01$  \*  $p < 0,05$

Os coeficientes de correlação de *Spearman Rho* entre a atividade física e as subescalas do auto conceito revelam que só existe correlação positiva e significativa com a subescala Auto-eficácia ( $r = .426$ ;  $p < .01$ ). Relativamente ao estado emocional não se verificou nenhuma correlação significativa com a atividade física.

Relativamente às subescalas do HADS, verificou-se que a depressão se associa significativa e negativamente à maturidade psicológica ( $r = -.335$ ;  $p < .05$ ). Observou-se também uma associação significativa e negativa entre a ansiedade e a impulsividade/atividade ( $r = -.348$ ;  $p < .05$ ). No que concerne à associação entre a ansiedade e a depressão, constatou-se que se associam de forma positiva e significativa entre si ( $r = .507$ ;  $p < .01$ ).

Em relação às subescalas do ICAC, este teste revela que todas as subescalas se correlacionam entre si de forma positiva e significativa (Aceitação/Rejeição Social ( $r = .869$ ;  $p < .01$ ), Auto – Eficácia ( $r = .540$ ;  $p < .01$ ), Maturidade Psicológica ( $r = .656$ ;  $p < .01$ ), Impulsividade-Atividade ( $r = .727$ ;  $p < .01$ )).

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

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

#### 4.5.1. Variação com a idade

Nesta investigação foi realizado um estudo de comparação entre as utentes com idade inferior ou igual a 35 anos e com idade superior a 35 anos, nas diferentes variáveis estudadas (Auto Conceito, Estado Emocional e Atividade Física). A variável idade foi assim categorizada em dois grupos homogéneos: participantes mais novas ( $\leq 35$ ) e as mais velhas ( $>35$ ). Em relação ao Estado Emocional e a algumas subescalas do Auto Conceito, nomeadamente Aceitação/Rejeição Social, Maturidade Psicológica, Impulsividade-Atividade e Auto – Conceito, utilizou-se estatística paramétrica, uma vez que não foram violados os pressupostos para utilização deste tipo de estatística. Em relação à subescala de Auto – Eficácia do Auto Conceito, utilizou-se estatística não paramétrica, uma vez que não foram cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica.

#### Estado Emocional

Estando cumpridos os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica no que concerne ao estado emocional utilizaram-se procedimentos paramétricos. O resultado do *t-test* para amostras independentes na comparação das médias o estado emocional entre indivíduos mais novos ( $\leq 35$  anos) e indivíduos mais velhos ( $>35$  anos) revelou não haver diferenças significativas entre estes, no que diz respeito à ansiedade ( $t= .948$ ;  $p= .348$ ) e à depressão ( $t= -.015$ ;  $p= .988$ ).

**Tabela 11 – Resultados do *t-test* para amostras independentes relativos ao estado emocional em função da idade (N= 51)**

HADS	Mais Novas $\leq 35$ anos (n= 27)		Mais Velhas $> 35$ anos (n= 24)		t	p
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	12,78	3,191	11,96	2,956	.948	.348
Depressão	8,78	3,226	8,79	3,283	-.015	.988

#### Auto Conceito

O resultado do *t-test* para amostras independentes na comparação das médias do auto conceito entre as utentes mais novas ( $\leq 35$  anos) e as mais velhas ( $>35$  anos) revelou não haver diferenças significativas entre estes no que diz respeito à Aceitação/Rejeição Social ( $t= -.121$ ;  $p= .904$ ), Auto-eficácia ( $t= .783$ ;  $p= .437$ ), Maturidade Psicológica ( $t= 1.919$ ;  $p= .061$ ), Impulsividade-Atividade ( $t= -.461$ ;  $p= .647$ ) e Auto Conceito total ( $t= .783$ ;  $p= .438$ ).

**Tabela 12 – Resultados do *t-test* para amostras independentes relativos ao Auto Conceito em função da idade (N= 51)**

ICAC	Mais Novas ≤ 35 anos (n= 27)		Mais Velhas > 35 anos (n= 24)		t	p
	M	DP	M	DP		
Aceitação/Rejeição Social	16,81	2,704	16,92	3,309	-.121	.904
Maturidade Psicológica	15,89	2,455	14,50	2,687	1.919	.061
Impulsividade-Atividade	11,44	2,044	11,71	2,032	-.461	.647
Auto Conceito total	70,85	7,877	68,83	10,487	.783	.438

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos mais novos com os mais velhos, em relação ao auto conceito, não mostraram significância estatística em relativamente à subescala da auto-eficácia ( $Z = -.845$ ;  $p = .398$ ).

**Tabela 13 – Resultados do *U de Mann-Whitney* relativos à Auto-Eficácia (N= 51)**

ICAC	Mais Novas ≤ 35 anos (n= 27)		Mais Velhas > 35 anos (n= 24)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Auto-eficácia	19,26	3,253	18,42	4,403	.783	.438

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

Foi, também, realizado um estudo de variação dos resultados de acordo com o local de residência dos indivíduos (zona rural e zona urbana), nas diferentes variáveis estudadas (Auto Conceito, Estado Emocional e Atividade Física). Em relação ao Estado Emocional e a algumas subescalas do Auto Conceito, nomeadamente Aceitação/Rejeição Social, Maturidade Psicológica, Impulsividade-Atividade e Auto – Conceito, utilizou-se estatística paramétrica, uma vez que não foram violados os pressupostos para utilização deste tipo de estatística. Em relação à subescala de Auto – Eficácia do Auto Conceito, utilizou-se estatística não paramétrica, uma vez que não foram cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica.

#### Estado Emocional

Estando cumpridos os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica no que concerne ao estado emocional utilizou-se procedimentos paramétricos. Os resultados do *t-teste para amostras independentes* na comparação dos grupos em função da zona de residência (rural ou urbana) revelou não haver diferenças significativas entre estes, no que diz respeito à ansiedade ( $t = .910$ ;  $p = .367$ ) e à depressão ( $t = -.887$ ;  $p = .380$ ).

**Tabela 14 – Resultados do *t*-teste para amostras independentes relativos ao estado emocional em função da área de residência (N= 51)**

HADS	Rural (n= 46)		Urbana (n= 5)		t	p
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	12,5	3,14	11,2	2,39	.910	.367
Depressão	8,7	3,14	10,0	4,06	-.887	.380

**Auto Conceito**

Os resultados do *t*-teste para amostras independentes na comparação dos grupos em função da zona de residência (rural ou urbana) (Tabela 15) revelou não haver diferenças significativas entre estes, no que diz respeito à Aceitação/Rejeição Social ( $t = .335$ ;  $p = .752$ ), Maturidade Psicológica ( $t = .564$ ;  $p = .575$ ), Impulsividade-Atividade ( $t = .192$ ;  $p = .856$ ) e Auto Conceito total ( $t = .639$ ;  $p = .526$ ).

**Tabela 15 – Resultados do *t*-teste para amostras independentes relativos ao Auto Conceito em função da área de residência (N= 51)**

ICAC	Rural (n= 46)		Urbana (n= 5)		t	p
	M	DP	M	DP		
Aceitação/Rejeição Social	16,9	2,97	16,4	3,29	.335	.752
Maturidade Psicológica	15,3	2,61	14,6	3,13	.564	.575
Impulsividade-Atividade	11,6	2,04	11,4	2,07	.192	.856
Auto Conceito total	70,2	8,72	67,4	13,59	.639	.526

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos grupos em função da área de residência, em relação ao auto conceito (Tabela 16), não mostraram significância estatística em relação à subescala da auto-eficácia ( $Z = -.526$ ;  $p = .599$ ).

**Tabela 16 – Resultados do *U de Mann-Whitney* relativos à Auto-Eficácia (N= 51)**

ICAC	Rural (n= 46)		Urbana (n= 5)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Auto-eficácia	18,9	3,59	18,4	6,11	-.526	.599

**4.5.3. Variação dos resultados de acordo com a escolaridade**

Seguidamente serão apresentados resultados relativos ao estudo de variação dos resultados de acordo com a escolaridade da amostra, nas diferentes variáveis estudadas (Auto Conceito, Estado Emocional e Atividade Física). A variável está dividida em dois grupos sendo que o primeiro grupo se refere às utentes que têm o 1º ou o 2º ciclo e o segundo grupo às

participantes que possuem o 3º ciclo, ensino secundário ou ensino superior. Em relação ao Estado Emocional e a algumas subescalas do Auto Conceito, nomeadamente Aceitação/Rejeição Social, Maturidade Psicológica, Impulsividade-Atividade e Auto – Conceito, utilizou-se estatística paramétrica, uma vez que não foram violados os pressupostos para utilização deste tipo de estatística. Em relação à subescala de Auto – Eficácia do Auto Conceito, utilizou-se estatística não paramétrica, uma vez que não foram cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica.

### Estado Emocional

Estando cumpridos os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica no que concerne ao estado emocional utilizou-se procedimentos paramétricos. Os resultados do *t-test* para amostras independentes na comparação dos grupos em função do nível de escolaridade (Tabela 17) revelou não haver diferenças significativas entre estes, no que diz respeito à ansiedade ( $t = -.528$ ;  $p = .60$ ) e à depressão ( $t = 1,08$ ;  $p = .29$ ).

**Tabela 17 – Resultados do *t – teste para amostras independentes* relativos ao estado emocional em função da escolaridade (N= 51)**

HADS	1º e 2º ciclo (n= 13)		3º ciclo até licenciatura (n= 38)		t	p
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	12,0	1,68	12,5	3,44	-.528	.60
Depressão	9,6	3,20	8,5	3,22	1,08	.29

### Auto Conceito

Os resultados do *t-teste para amostras independentes* na comparação dos grupos em função do nível de escolaridade (Tabela 18) revelou não haver diferenças significativas entre estes, no que diz respeito à Aceitação/Rejeição Social ( $t = .335$ ;  $p = .752$ ), Maturidade Psicológica ( $t = .564$ ;  $p = .575$ ), Impulsividade-Atividade ( $t = .192$ ;  $p = .856$ ) e Auto Conceito total ( $t = .639$ ;  $p = .526$ ).

**Tabela 18 – Resultados do *t*-teste para amostras independentes relativos ao Auto Conceito em função do nível de escolaridade (N= 51)**

	1º e 2º ciclo (n= 13)		3º ciclo até licenciatura (n= 38)		t	p
	M	DP	M	DP		
Aceitação/Rejeição Social	16,9	2,97	16,4	3,29	.335	.75
Maturidade Psicológica	15,3	2,61	14,6	3,13	.564	.56
Impulsividade-Atividade	11,6	2,04	11,4	2,07	.192	.86
Auto Conceito total	70,2	8,72	67,4	13,59	.639	.53

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos grupos em função do nível de escolaridade em relação ao auto conceito (Tabela 19), não mostraram significância estatística em relação à subescala da auto-eficácia ( $Z = -.337$ ;  $p = .736$ ).

**Tabela 19 – Resultados do *U de Mann-Whitney* relativos à Auto-Eficácia em função do nível de escolaridade (N= 51)**

	1º e 2º ciclo (n= 13)		3º ciclo até licenciatura (n= 38)		Z	p
	M	DP	M	DP		
ICAC						
Auto-eficácia	19,2	3,67	18,8	39,1	-.337	.74

#### 4.5.4. Variação dos resultados de acordo com o estatuto profissional

Serão apresentados resultados relativos ao estudo de variação dos resultados de acordo com o estatuto profissional da amostra, nas diferentes variáveis estudadas (Auto Conceito e Estado Emocional). A variável foi categorizada em dois grupos sendo que o primeiro grupo se refere às utentes profissionalmente ativas e o segundo grupo às profissionalmente não ativas. Em relação ao Estado Emocional e a algumas subescalas do Auto Conceito, nomeadamente Aceitação/Rejeição Social, Maturidade Psicológica, Impulsividade-Atividade e Auto – Conceito, utilizou-se estatística paramétrica, uma vez que não foram violados os pressupostos para utilização deste tipo de estatística. Em relação à subescala de Auto – Eficácia do Auto Conceito, utilizou-se estatística não paramétrica, uma vez que não foram cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica.

#### Estado Emocional

Estando cumpridos os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica no que concerne ao estado emocional utilizou-se procedimentos paramétricos. Os resultados do *t*-test para amostras independentes na comparação de grupos em função do estatuto profissional

revelou não haver diferenças significativas entre estes, no que diz respeito à ansiedade ( $t= .356$ ;  $p= .73$ ) e à depressão ( $t= 1.432$ ;  $p= .16$ ).

**Tabela 20 – Resultados do *t* – teste para amostras independentes relativos ao estado emocional em função do estatuto profissional (N= 51)**

	Ativos (n= 28)		Não ativos (n= 23)		t	p
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	12,5	2,77	12,2	3,45	.356	.73
Depressão	9,4	3,35	8,1	2,98	1.432	.16

### Auto Conceito

Os resultados do *teste de amostra independente* na comparação do estatuto profissional (ativos e não ativos) revelou não haver diferenças significativas entre estes, no que diz respeito à Aceitação/Rejeição Social ( $t= -.864$ ;  $p= .39$ ), Maturidade Psicológica ( $t= -1.024$ ;  $p= .31$ ) e Auto Conceito total ( $t= -.557$ ;  $p= .58$ ). No que diz respeito à Impulsividade-Atividade ( $t= -2.472$ ;  $p= .02$ ), é significativa e poderá indicar que utentes fisicamente ativas tem menos impulsividade.

**Tabela 21 – Resultados do teste de amostra independente relativos ao Auto Conceito (N= 51)**

	Ativos (n= 28)		Não ativos (n= 23)		t	p
	M	DP	M	DP		
ICAC						
Aceitação/Rejeição Social	16,5	2,87	17,3	3,11	-.864	.39
Maturidade Psicológica	14,9	1,73	15,7	3,43	-1.024	.31
Impulsividade-Atividade	10,9	1,59	12,3	2,27	-2.472	<b>.02</b>
Auto Conceito total	69,3	7,17	70,7	11,24	-.557	.58

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos ativos com os não ativos não mostraram significância estatística na subescala da auto-eficácia ( $Z= - .505$ ;  $p= .62$ ).

**Tabela 22 – Resultados do *U de Mann-Whitney* relativos à Auto-Eficácia (N= 51)**

	Ativos (n= 28)		Não ativos (n= 23)		Z	p
	M	DP	M	DP		
ICAC						
Auto-eficácia	19,3	2,24	18,4	5,15	-.505	.61

#### 4.5.5. Variação dos resultados de acordo com o estado civil

Os resultados relativos ao estudo de variação dos resultados de acordo com o estado civil da amostra, nas diferentes variáveis estudadas (Auto Conceito e Estado Emocional) encontram-se demonstradas a seguir. A variável está dividida em dois grupos sendo que um grupo se refere às utentes casadas e o outro grupo às solteiras/outro estado civil. Em relação ao Estado Emocional e a algumas subescalas do Auto Conceito, nomeadamente Aceitação/Rejeição Social, Maturidade Psicológica, Impulsividade-Atividade e Auto – Conceito, utilizou-se estatística paramétrica, uma vez que não foram violados os pressupostos para utilização deste tipo de estatística. Em relação à subescala de Auto – Eficácia do Auto Conceito, utilizou-se estatística não paramétrica, uma vez que não foram cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica.

#### Estado Emocional

Estando cumpridos os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica no que concerne ao estado emocional utilizou-se procedimentos paramétricos. Os resultados do *t-test para amostras independentes* na comparação dos grupos em função do estado civil revelou não haver diferenças significativas entre estes, no que diz respeito à ansiedade ( $t = -.253$ ;  $p = .81$ ) e à depressão ( $t = -1.666$ ;  $p = .10$ ).

**Tabela 23 – Resultados do *t - teste* relativos ao estado civil (N= 51)**

HADS	Casadas (n= 30)		Solteiras/Outro (n= 21)		t	p
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	12,30	3,621	12,52	2,159	-.253	.801
Depressão	8,17	2,561	9,67	3,877	-1.666	.102

#### Auto Conceito

Os resultados do *t-teste para amostras independentes* na comparação de grupos em função do estado civil (casadas e solteiras/outros) revelou não haver diferenças significativas entre estes, no que diz respeito à Aceitação/Rejeição Social ( $t = -.178$ ;  $p = .86$ ), Maturidade Psicológica ( $t = -.461$ ;  $p = .65$ ), Impulsividade-Atividade ( $t = .692$ ;  $p = .50$ ) e Auto Conceito total ( $t = -.780$ ;  $p = .44$ ).

**Tabela 24 – Resultados do *t*-teste para amostras independentes relativos ao Auto Conceito em função do estado civil (N= 51)**

ICAC	Casadas (n= 30)		Solteiras/Outras (n= 21)		t	p
	M	DP	M	DP		
Aceitação/Rejeição Social	16,8	2,99	17,0	3,03	-.178	.86
Maturidade Psicológica	15,1	2,98	15,4	2,11	-.461	.65
Impulsividade-Atividade	11,7	2,03	11,3	2,03	.692	.49
Auto Conceito total	69,1	10,10	71,1	7,70	-.780	.44

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* na comparação das mulheres casadas com as solteiras/outro mostraram significância estatística na subescala da auto-eficácia ( $Z = -2.109$ ;  $p = .04$ ). Isto indica que as mulheres obesas solteiras revelam uma melhor autoeficácia.

**Tabela 25 – Resultados do *U de Mann-Whitney* relativos à Auto-Eficácia (N= 51)**

	Casadas (n= 30)		Solteiras/Outro (n= 21)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Auto-eficácia	17,9	4,37	20,2	2,34	-2.109	<b>.04</b>

## 5. Discussão dos Resultados

Tendo como referência a resenha teórica desenvolvida no início deste estudo, serão discutidos e apreciados de forma crítica os resultados mais relevantes a nível científico. Por motivos de organização, os resultados serão discutidos de acordo com o ponto anterior, começando pela caracterização do grupo de obesos em relação às diferentes variáveis estudadas: estado emocional e auto-conceito. Posteriormente procedeu-se à discussão dos resultados no que diz respeito à associação entre auto conceito, estado emocional e atividade física. Por último foram discutidas as variações dos resultados em função das variáveis sócio demográficas e clínicas.

### 5.1. Estado Emocional

Nesta investigação, a maior parte das participantes apresentam níveis de ansiedade e depressão de leve a severo, sendo que na ansiedade a maior percentagem da amostra se situa no nível moderado (54,9%) e na depressão se situa num nível leve (35,3%). Estes dados vão de encontro a diversos estudos transversais e longitudinais que apontam que a obesidade aumenta significativamente o risco de depressão (Mather et al, 2009; Barry et al, 2008; Scott et al, 2008; Strine, Mokdad, Dube, Balluz, Gonzalez, Berry, Manderscheid, Kroenke, 2008; Simon et al, 2006; Dong et al, 2004; Onyike et al, 2003; Roberts et al, 2000) e ansiedade

(Mather et al, 2009; Scott et al, 2008; Strine et al, 2008; Barry et al, 2008; Simon et al, 2006; Becker et al, 2001).

Scott (2008) e Rosik (2005) sugerem que a prevalência de perturbações de ansiedade pode ser uma preocupação maior nesta população do que a depressão. Neste estudo, os obesos apresentam níveis mais elevados de ansiedade ( $M= 8,29$ ) do que de depressão ( $M= 6,45$ ). As médias desta investigação em relação ao estado emocional vão de encontro às encontradas por Travado e colaboradores (2004) no seu estudo com obesos em seguimento hospitalar. Os mesmos autores referem que os indivíduos apresentam alterações a nível emocional, mais ao nível da subescala ansiedade ( $M= 9,1$ ) do que da subescala depressão ( $M= 7,0$ ).

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

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

Relativamente à escolaridade verificou-se que as participantes com o primeiro e o segundo ciclo apresentam mais indicadores depressivos do que as que possuem escolaridade superior, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas entre ambos. Quanto à ansiedade, também não foram encontradas diferenças significativas entre as participantes. Segundo Travado e colaboradores (2004) os indivíduos obesos com baixa escolaridade têm a tendência para apresentar níveis mais elevados de depressão, e os indivíduos com escolaridade superior de apresentar níveis mais elevados de ansiedade.

Neste estudo verificou-se que os indivíduos obesos profissionalmente não ativos apresentam níveis mais leves de ansiedade e depressão do que aqueles que se encontram profissionalmente ativos, não se tendo observado significância estatística entre estes grupos de indivíduos. A literatura aponta que os indivíduos que não se encontram profissionalmente ativos apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, uma vez que se sentem

impotentes. Tal facto pode ser justificado pelo desemprego associado a dificuldades económicas e pelo sentimento de inutilidade (Scott, 2008). Todavia, a literatura existente também aponta o estigma social como fator predisponente da ansiedade na obesidade (Pais-Ribeiro, Silva, Costa, Abreu, & Cardoso, 2006; Schwartz & Brownell, 2004). Os mesmos autores referem também que o meio laboral (empregadores e colegas de trabalho), o ensino (professores e alunos), a saúde (enfermeiros e profissionais de saúde mental) e vários outros contextos são veículos potenciadores de crises elevadas de ansiedade, perpetuando, assim, o estigma associado a esta doença.

Por fim, constatou-se que as participantes obesas casadas são menos ansiosas do que as solteiras ou num outro estado civil. Tanto na depressão como na ansiedade, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos casados e não casados. Estes dados vão de encontro aos resultados de outros estudos. De facto, a literatura aponta que os indivíduos solteiros têm níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que os casados. O facto de estarem sós é um predisponente para a evolução negativa do seu estado emocional (Mather et al, 2009; Scott, 2008).

## **5.2. Auto Conceito**

Nesta investigação, de acordo com Serra (1986b), as participantes apresentam níveis de Auto Conceito normais ( $M= 69,9$ ;  $DP= 9,8$ ). Estes dados vão de encontro a diversos estudos que apontam que os indivíduos obesos tendem a apresentar níveis de auto conceito aproximados aos que se apuraram para esta investigação ( $M= 72,1$ ;  $DP= 7,9$ ) (Serra, 1986b).

De acordo com a idade, a análise dos resultados permite observar que, no ICAC total, as mulheres mais velhas têm um valor total no auto conceito mais baixo do que as mais novas ( $M=70,9$ ;  $DP= 9,8$ ;  $M=68,8$ ;  $DP= 10,5$ ), acontecendo o mesmo nas subescalas. Estes resultados não são corroborados por Serra (1986b) pois este refere que o auto conceito se torna mais vulnerável em adultos jovens e na meia-idade, em grande parte devido a fatores de natureza socioeconómica.

Neste estudo verificou-se que os indivíduos obesos profissionalmente não ativos apresentam níveis mais leves de auto conceito do que aqueles que se encontram profissionalmente ativos, não se tendo observado significância estatística entre estes grupos de indivíduos. A literatura aponta que os indivíduos que não se encontram profissionalmente ativos apresentam níveis mais baixos de auto-conceito pois o desemprego ou a procura pelo primeiro emprego torna o indivíduo mais vulnerável (Serra, 1986b).

### **5.3. Associação entre Auto Conceito, Estado Emocional e Atividade Física**

Os resultados do presente estudo sugerem que a associação entre o estado emocional e o auto conceito evidencia uma associação negativa e fraca. Deste modo, um valor mais elevado em cada subescala do auto conceito, surge associado a menores resultados nas escalas de ansiedade e depressão, ainda que com fraca magnitude. Do mesmo modo, níveis mais elevados de ansiedade e depressão, aparecem relacionados com resultados inferiores do auto-conceito. Estes resultados são corroborados por Travado e colaboradores (2004) que, num estudo efetuado com uma amostra significativa ( $n= 212$ ), verificaram 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.

Relativamente aos resultados da correlação entre o auto-conceito e a atividade física, apenas se observou correlação positiva e significativa com a subescala Auto-eficácia. Os resultados obtidos parecem ir de encontro aos defendidos por Hogan e Santomier (1984) e Berger e McInman (1993) que sugerem que o exercício físico está associado ao bem-estar através de melhorias na auto-eficácia. Resnick (2001) vem também comprovar os resultados obtidos neste estudo referindo que a auto-eficácia está diretamente relacionada com a prática de atividade física. Também Barnett e Spinks (2007) vêm corroborar os resultados observados entre atividade física e auto-eficácia sugerindo que as mulheres fisicamente ativas possuem maior auto-eficácia para o exercício e tornam-se mais confiantes perante obstáculos.

Quanto ao estado emocional e atividade física não se verificou nenhuma correlação significativa. Strine e colaboradores (2008) num estudo elaborado com uma amostra de obesos, bastante significativa ( $n=217379$ ) vêm comprovar os resultados obtidos na presente investigação. Segundo os mesmos autores, indivíduos com depressão ou ansiedade apresentam baixa atividade física.

### **6. Limitações do Estudo**

Apesar do presente estudo parecer ser pioneiro numa população de mulheres obesas, utentes de uma unidade de cuidados de saúde primários e apesar do rigor usado em todo o processo da investigação, este estudo apresenta limitações metodológicas a seguir descritas e que devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

Pode-se desde já apontar como limitação o tamanho da amostra. O número reduzido de elementos constituintes da amostra e o facto de não se tratar de uma amostra aleatória, limita a generalização dos resultados obtidos. Uma outra limitação está relacionada com a

especificidade cultural e geográfica da amostra, isto é, o presente estudo confina-se a uma região específica e limitada, o que também contribui para que os resultados não possam ser generalizados a nível nacional. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado com amostra aleatória e com representatividade cultural e geográfica mais alargada. O facto dos indivíduos desta amostra também procurarem tratamento para o problema da obesidade, pode apresentar maior *distress* físico, mental ou psicossocial. Do mesmo modo os doentes responderam aos questionários no contexto de procura de tratamento para a obesidade, podendo os problemas relacionados com esta condição terem sido representados nas suas respostas. Deste modo, a amostra não é representativa da população de mulheres obesas pelo que os resultados deste estudo não podem ser generalizados à população geral.

Também a especificidade do HADS limita a recolha de dados mais específicos acerca do estado emocional dos indivíduos associado à obesidade. De facto, se fossem utilizados outros instrumentos que medissem com rigor o principal objetivo deste estudo, a qualidade de informação recolhida seria ainda mais fidedigna.

Por último sentiu-se como uma forte limitação nesta investigação a escassez de estudos que fizessem associação entre a atividade física, o auto conceito e o estado emocional.

## **7. Conclusão e implicações futuras**

Esta investigação surgiu como uma tentativa de aumentar o conhecimento da comunidade científica acerca de aspetos sobre atividade física, auto conceito e estado emocional de mulheres adultas obesas do Centro de Saúde de Santo Tirso. A realização desta investigação permitiu compreender melhor as características das mulheres avaliadas, bem como as dificuldades emocionais com que estas se deparam. Assim, o interesse em conhecer e avaliar os aspetos psicológicos desta população foi contemplado, considerando-se assim que os objetivos propostos para este estudo foram alcançados. Em seguida são apresentadas algumas conclusões.

A obesidade é um problema de saúde pública que se constitui como um fator de risco para uma multiplicidade de doenças, quer a nível físico quer a nível psicológico. Fontaine e colaboradores (2001) referem que o efeito da obesidade na saúde pública vai muito mais além de consequências médicas e que pode produzir decréscimos no estado emocional das pessoas, que pode levar ao isolamento social.

Os resultados obtidos neste estudo mostram que as mulheres obesas fisicamente não ativas tendem a ter altos níveis de ansiedade e depressão e um fraco auto conceito. De facto a

totalidade das participantes não ativas apresentaram sintomas clínicos de ansiedade e depressão. No entanto os valores de ansiedade são mais elevados do que os de depressão.

Em relação aos hábitos de saúde da amostra deste estudo, constatou-se que cerca de metade da população estudada pratica habitualmente atividade física. Quanto aos hábitos alimentares, observa-se que a maioria dos sujeitos tem por hábito o consumo de doces, *fastfood*, de salgados e de bebidas alcoólicas. Esta realidade pode justificar-se pelo facto de a amostra não ser aleatória e pelo facto de as participantes no estudo pertencerem à consulta de nutrição do centro de saúde de Santo Tirso. De facto, a amostra do estudo é regularmente acompanhada em consulta de nutrição e tal poderá ter influenciado os resultados obtidos.

Os resultados deste estudo e a revisão da literatura sugerem que se os indivíduos obesos se podem deparar com sintomas psicopatológicos. Ressalta-se que as perturbações de ansiedade são mais observadas nestes indivíduos do que as perturbações de humor (Frances & Ross, 2004; Scott et al, 2008; Mather et al, 2009). Tal verificou-se no presente estudo, mostrando-se os níveis de ansiedade mais elevados, do que os de depressão.

Uma vez que os indivíduos obesos apresentam sintomas de ansiedade e de depressão, quando se projeta um plano de intervenção onde a perda de peso seja o principal objetivo, dever-se-á fazer um rastreio das perturbações de humor e de ansiedade, com o objetivo de fornecer uma prestação de cuidados adequados (Rosik, 2005). Assim, os resultados encontrados neste estudo, indicam que a investigação focada na relação entre a obesidade e as perturbações psíquicas, deve incluir as perturbações de ansiedade. Por outro lado, os resultados deste estudo constataam que o papel que a ansiedade pode desempenhar na manutenção da obesidade deve ser focado pelos investigadores, bem como o papel que o auto-conceito e a prática de atividade física desempenham como mediador ao nível de estado emocional do indivíduo obeso.

Na presente investigação concluiu-se também que níveis elevados de auto conceito nas mulheres obesas se encontram associados a um estado emocional mais desfavorável. Desta forma, os resultados apresentados salientam a importância de se considerar, no tratamento da obesidade, simultaneamente os níveis de ansiedade e de depressão e ter sempre em conta o papel que o auto conceito desempenha, enquanto mediador.

Em suma, dado o aumento da prevalência da obesidade (Low et al, 2009; OMS, 2009; Carmo et al, 2008; Flegal et al, 2006), é fundamental implementar programas de intervenção que focalizem, também, o estado emocional do indivíduo, o incremento de práticas de atividade física e técnicas de valorização pessoal que trabalhe de modo a garantir uma maior eficácia no tratamento da obesidade e bem-estar emocional dos utentes. Estes resultados

indicam que a avaliação do estado psicológico destes indivíduos pode ser a principal ferramenta para ajudar os clínicos a prestar, de forma mais assertiva, melhores cuidados ao doente obeso.

Sugerimos ainda a avaliação do estado psicológico do indivíduo na primeira consulta de nutrição. Assim, pode ser oferecido ao doente uma equipa multidisciplinar para que haja adesão ao tratamento e negociação no programa de intervenção, nunca negligenciando o facto de estarmos perante uma pessoa que tem emoções e amor-próprio.

### Referências Bibliográficas

- ACSM. (2001) Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 2145-2156.
- 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.
- Amaral, O., Pereira, C. (2008). Obesidade, da Genética ao Ambiente. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 34,1-12.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, S., Cohen, P., Naumova, E., & Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed-up into adulthood. *Archives of Pediatric and adolescent medicine*, 160, 285-291.
- Azevedo, A. & Faria, L. (2006). Motivação, sucesso e transição para o ensino superior. *Psicologia*, XX(2), 69-93.
- Baldwin, T. & Falciiglia, G. A. (1995). Application of cognitive behavioral theories to dietary change in clients. *Journal of the American Dietetic Association, Chicago*, 95(11), 1315-1317.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, Inc.
- Barata, T. J. L. (2005). *Mexa-se... pela sua saúde*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

- Barlow, S. E., (2007). Expert Comitee recomendations regarding the prevention, assessment and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 120 (4): 164-192.
- Barnett, F. & Spinks, W. L. (2007). Exercise selfefficacy of postmenopausal women resident in the tropics. *Maturitas*, 58(1), 1-6.
- Barry, D., Pietrzak, R., & Petry, N. (2008). Gender differences in associations between Body Mass Índex and *DSM-IV* Mood and Anxiety disorders: Results from the national Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions, *Analns of Epidemiology*, 18, 458-466.
- Batista, F., Silva, A. M., Santos, D. A., Mota J., Santos, R., Vale, S., Ferreira, J. P., Raimundo, A., & Moreira, H., (2011). *Livro Verde da Atividade Física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal, I.P.
- Bento, J. (2004). Desporto para Crianças e Jovens: das causas e dos fins. In Gaya, A., Marques, A. & Tani, G. (2004). *Desporto para Crianças e Jovens: razões e finalidades*. Porto Alegre: UFRGS Editora.
- Berger, B. & McInman, A. (1993). *Exercise and the quality of life. Handbook of research on sport psychology*. Toronto, ON: Collier Macmillan.
- Bouchard, C. & Shephard, R. (1993). Physical Activity, Fitness, and Health: The Model and Key Concepts. In Bouchard, C., Shephard, R., & Stephens, T. (Eds.) *Physical Activity, Fitness, and Health: Consensus Statement*. Champaign: Human Kinetics.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de psicopatologia. Manuais Universitários 51*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Braggion, C., Matsudo, S., & Matsudo, V. (2000). Consumo alimentar, atividade física e percepção da aparência corporal em adolescentes. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8 (1), 15-21.

- Brito, C., Brystronsky, D., Mombach K., Stenzel, M., & Repetto, G. (2005). *Obesidade: Terapia Cognitivo – comportamental*. Em: [www.projetodiretrizes.org.br/5\\_volume/34-ObesTerap.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/34-ObesTerap.pdf) *acedido em 04 junho 2013*.
- Buckworth, J. & Dishman, R.D. (2002). *Exercise psychology*. Champaign, IL. Human Kinetics.
- Carmo, I., Carreira, M., de Almeida, M. D. V., Lima Reis, J. P., Medina, J. L., & Galvão Teles, A. (2000). Estudo da prevalência da obesidade em Portugal. *Boletim da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade*, 3-5.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., & Galvão-Teles (2006). National Prevalence of Obesity. Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*, 7, 233-237.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., & Carreira, M. (2008). Overweighth and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Journal Obesity Reviews*, 9(1), 11-19.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., & Vieira, J. (2009). *A obesidade em Portugal e no mundo*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Carneiro, S. & Correia, A., (2005). *Estudo comparativo entre jovens praticantes de voleybol do sexo masculino e feminino da Ilha de São Miguel: Competência em diferentes domínios so Self Corporal e a avaliação da Auto-estima Global*. Monografia de Licenciatura em Educação Física e Desporto. Universidade da Madeira.
- 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 (2): 69-74.
- Carvalho, M., Padez, M., Moreira, P., & Rosado, V. (2006). Overweight and obesity related to activities in portuguese children, 7–9 years. *European journal of public health*, 17(1): 42–46.

- Cash, T., Wood, K., Phelps, K., & Boyd, K. (1991). New assessments of weight-related body image derived from extant instruments. *Perceptual and Motor Skills*, 73(1), 235-241.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Cassidy, K., Kotynia-English, R., Acres, J., Flicker, L., Lauten, N., & Almeida, O. (2004). Association Between lifestyle factors and mental health measures among community – dwelling older women. *Austrian and New Zeland Journal of Psuchiatry*, (38): 940-947.
- Castelo, J. (2000). *Metodologia do Treino Desportivo*. Lisboa, Edições Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Chen Y, Jiang Y, & Mao Y. (2009). Association between obesity and depression in Canadians. *Journal of Women's Health*, 18 (10), 1687-1692.
- Correia, M. F. F. S. C. (2004) *Determinantes psicoafetivos e sócio-culturais no tratamento da obesidade*. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.
- Costa, R. F. (2000). *Avaliação da Composição corporal*. Rio de Janeiro: Ed. Sprint.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8):1381-95.
- Day, C., Cabral, C., Lima, V., Vaitsman, G., Junior, R., Buarque, C., Anderson, M., & Teixeira, R. (2007). Prevalência de obesidade e obesidade abdominal em amostra de usuários de um ambulatório de medicina integral. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 3 (9), 045-052.

- Dong, C., Sanchez, L., & Price, R. (2004). Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity*, 28, 790-795.
- Duarte, M. (2008). *Influência dos estilos de vida familiar no desenvolvimento do excesso de peso e obesidade em crianças em idade pré-escolar*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa.
- Faith, M., Matz, P., & Jorge, M. (2002). Obesity-depression association in population. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 935-942.
- Faleiro, J., (2006). *Obesidade, Atividade física e Estatuto Sócio-Económico*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Faria, L. & Fontaine, A. M. (1990). Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: Adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 97-105.
- Faria, L. & Fontaine, A. M. (1992). Estudo de Adaptação do Self Description Questionnaire III a estudantes universitários portugueses. *Psychologica*, 8, 41-49.
- Faria, L. & Lima Santos, N. (1999). Escala de auto-conceito de competência: Estudos de validação no contexto português. In Soares, A., Araújo, S., & Caires, S. (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, VI, 448-467.
- Feldman, R. D., Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: Mc Graw Hill.
- Fernandes, R. A. & Vargas, S. A. (2007). O cuidado de enfermagem na obesidade infantil. *Revista Meio Ambiente Saúde*, 2(1): 273-281.

- Ferraz, A., (2006). *Autopercepções, auto-estima, imagem corporal e ansiedade físico social : estudo comparativo entre instrutoras e alunas de fitness*. Dissertação de licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.
- Ferriani, M., Dias, T., Silva, K., & Martins, C. (2005). Autoimagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 27-33.
- Flegal, K. (2006). Commentary: the epidemic of obesity- what's in a name? *International Journal of Epidemiology*, 35, 72-74.
- Fleming, J. S. & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.
- Fonseca, A. (1988). *Psiquiatria e psicopatologia*. Vol. I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fox, K. R. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In: K. R. Fox (Ed), *The physical self: From motivation to well-being*, pp.111-139. Human Kinetics Editor.
- Fox, R., (2000). Self – esteem, Self – Perceptions and Exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228 – 240.
- Frances, A., & Ross, R. (2004). *Casos clínicos, DSM-IV-TR, guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Friedman, A., Brownell, K. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117, 3-20.
- Gale, S. M., Castracane, V. D. & Mantzoros, C. S. (2004). Energy homeostasis, obesity and eating disorders: recent advances in endocrinology. *Journal of Nutrition*, 134, 295-298.

- Gonçalves, H. & Diamantino, C. (2008). Obesidade Infantil. *Hospital do Espírito Santo de Évora / Serviço de Pediatria*.
- Halpern, Z., Villares, S., Arrais, R., & Rodrigues, M. (2005). *Obesidade: Diagnóstico e tratamento da criança e do adolescente*. Em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/4\\_volume/21-Obesiddia.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/21-Obesiddia.pdf) acessado em junho de 2013.
- Hogan, P. I. & Santomier, J. P. (1984). Effect of mastering swim skills on older adult's self-efficacy. *Research Quarterly for exercise and sport*, 55 (3), 294-296.
- Hraboski, J., & Thomas, J. (2008). Elucidating the relationship between obesity and depression: recommendations for future research. *Clinical Psychology Science and Practice*, (15): 28-34.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of DSM-IV eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, (61): 348-358.
- Huong, G. F. & Strong G. (1998). The initiation and maintenance of dieting; structural models for large-scale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 361-369
- IPAQ Research Committee (2005): Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>
- James, W. (2008). WHO Recognition of the Global obesity epidemic. *International Journal of Obesity*, 32, 120-126.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

- Kloiber, S., Ising, M., Reppermund, S., Horstmann, S., Dose, T. & Majer, M. (2007). Overweight and obesity affect treatment response in major depression. *Biological Psychiatry*, 62, 321-326.
- Kolotkin, R. L., Meter, K. & Williams, G. R. (2001). Quality of Life and Obesity. *Obesity Reviews*, 2, 219-229.
- Lamounier, J. A. & Parizzi, M. R. (2007). Obesidade e Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(26), 897- 905.
- Lennernas, M., Fjellstrom, C., Becker, W., Giachetti, I., Schmit, A., Winter, A. (1997). Influences on food choices perceived to be important by nationally-representative samples of adults in European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51 (2), S8-S15.
- Leverence, R. R., Williams R. L., Sussman A., & Crabtree B. F. (2007). Obesity counseling and guidelines in primary care: a qualitative study. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(4), 334-39.
- Lewis, C., Sims, L., & Shannon, B. (1989). Examination of specific nutrition/health behaviors using a social cognitive model. *Journal of the American Dietetic Association*, 89, 194-202.
- Lima, N. (2002). *Auto-estima e Atividade Física: Contributo de um Programa de Atividade Física na Auto-estima em adultos idosos do Concelho de Coimbra*. Tese de Mestrado em Atividade Física para a Terceira Idade da Faculdade de Ciências de Desporto e Educação Física da Universidade do Porto.
- Low, S., Chin, M. C., & Deurenberg, M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals, Academy of Medicine Singapore*, 38, 57-65.
- Luiz, A. M., Júnior, R., & Domingos, N. (2005). Depressão, Ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de psicologia*, 10(1), 35-39.

- 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.
- Magalhães, L. (2008). Publicidade Televisiva e obesidade infantil. Comunicação e Cidadania – *Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação / Universidade do Minho*.
- Markowitz, S., Friedman, A., & Arent, M., (2008). Understanding the relation between obesity and depression: Causal mechanisms and implications of treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 1-20.
- Marsh, H. W. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81(3), 417-430.
- Marsh, H. (1997). The measurement of Physical Self-concept: A construct validation approach. In K.R. Fox (Ed). *The physical self. From motivation to well-being*, 27-58.
- Martins, I. S., Marinho, S. P., Oliveira, D. C., & Araújo, E. A. (2007). Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. *Ciência & Saúde*, 12(6), 1553-1565.
- Martins, D. F., Nunes, M. F. O., & Noronha, A. P. P. (2008). Satisfação com a imagem corporal e auto conceito em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (2), 94-105.
- Mather, A., Cox, B., Enns, M., & Sareen, J. (2009). Association of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 277-285.
- Matsudo, V., Matsudo, S., Andrade, D., Araújo, T., Andrade, E., de Oliveira, L. C., & Braggion, G. (2002). Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo Experience. *Public Health Nutrition*, 5 (1A), 253-261.

- 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.
- McPherson, K. & Turnbull, J. (2005). Body Image Satisfaction in Scottish Men and Its Implications for Promoting Healthy Behaviors. *International Journal of Men's Health*, 4(1), 1-96.
- Medeiros, R., Sousa, M., Cantisani, G., Lima, A., Torres, M., Silva, J., Pontes, L., Oliveira, L., & Batista, G. (2008). Análise do impacto do ICQ e CC sobre o risco cardíaco em pessoas com baixos níveis de atividade física. *Revista Conexões*, 6 (n. especial), p. 183-196.
- Mendonça, C. & Anjos, L. A. (2004). Aspectos das práticas alimentares e da actividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 698-709.
- Miranda, M., Castro, A., & Gonçalves, C. (2006). Obesidade aos 15 anos: estudo da prevalência numa comunidade rural. *Sinais Vitais*, 64, 27-30.
- Moreira, P. (2005). *Obesidade: muito peso, várias medidas*. Porto: Âmbar.
- Mota, J. (2001). Actividade Física e Lazer – contextos actuais e ideias futuras. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1 (1), 124-129.
- National Institute of Health (1998). Clinical Guidelines on the identification evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obesity Research*, 6(2), 51-209.
- National Task Force on the prevention and treatment of obesity (2000). Overweight, obesity and health risk. *Archives of International Medicine*, (160), 898-904.

- Neves, S. & Faria, L. (2009). Auto-conceito e auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 206-218.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, M. & Maia, J. (2001). Avaliação da actividade física em contextos epidemiológicos. Uma revisão da validade e fiabilidade do acelerómetro Tritrac-R3D, do pedómetro Yamax Digi-Walker e do questionário de Baecke. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1 (4): 73-88.
- Oliveira, C., Lima, C., Monteiro, M., Castro, M., & Carvalho, P. (2005). *Cirurgia Bariátrica: significados para o ex-obeso*. Em: <http://200.222.60.171/PDF/obesidade%20e%20cirurgia%20bariatrica.pdf> acedido em 05 de janeiro de 2012.
- Oliveira, D. & Fonseca, P. (2006). A compulsão alimentar na percepção dos profissionais de saúde. *Psicologia Hospitalar*, 4 (2), 1-18.
- Oliveira, J. (2006). *Aspetos psicológicos de obesos grau III antes e depois da cirurgia bariátrica*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Oliveira, C., Costa, R., Ribeiro, R. (2008). Obesidade abdominal associada à fatores de risco à saúde em adultos. *Ambiente & Saúde em Revista*, 3 (1), 34-43.
- Oliveira, T., (2009). *Actividade Física, desporto e imagem corporal: estudo em adolescentes com peso normal e com excesso de peso*. Tese de Mestrado. Faculdade de Desporto, Universidade do Porto.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo (2002). *Reducir os riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Onyke, C. U., Crum, R. M., Lee, H., Lyketsos, C., & Eaton, W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158(12), 1139-1147.

Organização Mundial de Saúde (2004). *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global*. Relatório da Consultadoria da OMS, Genebra.

Organização Mundial da Saúde (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization. [Acesso em 5 julho de 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).

Padez, C. (2002). Actividade física, obesidade e saúde: uma perspectiva evolutiva. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20 (1), 11-20.

Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year-old portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.

Paluska, S. A., & Schwenk, T. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, 29, 167-180.

Pereira, J., Mateus, C. (2003). Custos indiretos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 65-80.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo, 4ª ed. Lisboa.

Ravaldi, C., Barboni, E., Lai, M., Rotella, C., Vannassi, A., Ricca, V., (2005). Obesity and mood disorders: the complex problem of insight. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 265.

- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C. & Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 156, 79-83.
- Resnick, B. (2001). A prediction model of aerobic exercise in older adults living in a continuingcare retirement community. *Journal of Aging and Health*, 13(2), 287-310.
- Rito, A., Breda, J. (2006). Um olhar sobre a estratégia de nutrição, atividade física e obesidade na União Europeia e em Portugal. *Nutricias*, 6, 15-18.
- Rocha, C., Costa, E. (2012). Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise Psicológica*, 30 (4).
- Rodrigues, S., Cardoso, S., & Almeida, D. (2000). Hábitos alimentares: Conceitos e práticas – continuidade e mudança entre gerações. *Alimentação Humana*, 6, 153-164.
- Rosik, C. (2005). Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patient: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obesity Surgery*, 15, 677-683.
- Saba, F. (2003). *Mexa-se: Atividade física, saúde e bem-estar*. São Paulo: Manole.
- Sabia, R. V., Santos, J. E., Ribeiro & R. P. P. (2004). Efeito da atividade física associada à orientação alimentar em adolescentes obesos: comparação entre o exercício aeróbio e anaeróbio. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, 10 (5), 349-355.
- Salve, M. G. (2006). Obesidade e Peso Corporal: Riscos e Consequências. *Movimento e Percepção*, 6(8).
- Schwartz, T. L., Nihalani, N., Jindal, S., Virk, S. & Jones, N. (2004). Psychiatric medication induced obesity: a review. *Obesity Review*, 5, 115-121.

- Scott, K. 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.
- Silva, S. (2003). Entre a cultura da magreza e as sociedades da abundância: o corpo obeso. *Atas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia*, 48-54.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., (2006). Qualidade de vida em indivíduos candidatos a cirurgia de obesidade e em indivíduos já submetidos a este procedimento cirúrgico (entre 6 e 24 meses e há mais de 24 meses): estudo comparativo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 51-58
- Silva, A., (2007). *Auto-Perceções, Auto-estima, Ansiedade Físico-Social e Imagem Corporal dos Praticantes de Fitness*. Monografia de Licenciatura. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra.
- Silva, Y., Costa, R. & Ribeiro, R. L. (2008). Obesidade Infantil: uma revisão bibliográfica. *Saúde & Ambiente em Revista*, 3(1), 01-15.
- Simões, D. & Meneses, R. F. (2007). Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 20(2), 246-251.
- Simon, E., Saunders, K., Miglioretti, D., Crane, P., Belle, V., Kessler, R., (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in US adult population. *Archives of General Psychiatry*, 63, 824-830.
- Snaith, R., & Zigmond, A. (1994). *HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windson: NFER Nelson.

- Soares, L., Petroski, E. (2003). Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil, *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desenvolvimento Humano*, 5 (1), 63-74.
- Sousa, M. R., (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos Diabéticos tipo II*. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Sousa, C. (2010). *O papel da mudança comportamental no tratamento da Obesidade*. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto.
- Sonstroem, R., Speliotis, E., Fava, J., (1992). Perceived Physical competence in adults: An examination of the Physical Self-perception Profile. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14 (2), 207-221.
- Spiriduso, W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. 1ª ed. Champaign : Human Kinetics.
- Stunkard, A. J., Faith, M. S. & Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, 54, 330-337.
- Tapadinhas, A. & Pais-Ribeiro, J., (2008). Obesidade: a multidisciplinaridade da intervenção. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (1), 77.
- Tavares, C., Raposo, F., Marques, R. (2003). *Prescrição de Exercício em Health Club*. Cacém, A. Manz Produções.
- Thande N. K., Hurstak E. E., Sciacca R. E., & Giardina E. G. (2009). Management of obesity: a challenge for medical training and practice. *Obesity (Silver Spring)*, 17(1), 107-13.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S., (2004). Abordagem psicológica da Obesidade Mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 533-550.

- Vande, W. M., Bolterys, S. & Guzman, E. (2005). Multidisciplinary approach of the obese child to the dietary residency of "Clairs Vallons". *Revue Medicale de Bruxelles*, 26(4), 215-8.
- Vaz Serra, A. (1986a). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
- Vaz Serra, A. (1986b). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Viana, V., (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 611-624.
- Weiss, M., (1987). Self-esteem and achievement in children's sport and physical activity. In D. Gould & M. R. Weiss (Eds.), *Advances in pediatric sport sciences*, 2, 87-119.
- WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization. [WHO Technical Report Series, 916].
- WHO (2008). *Interventions on Diet and Physical Activity: What Works*. Geneva: World Health Organization.
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

# Anexos

# Anexo I

Folha de rosto do *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HADS  
 Traduzido e adaptado por  
 Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva, 1999

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 | <b>Sinto-me tenso:</b>           |
| 3 | A maior parte do tempo           |
| 2 | Muitas vezes                     |
| 1 | De vez em quando, ocasionalmente |
| 0 | Nunca                            |

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

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

(...)

# Anexo II

Folha de rosto do *Inventário Clínico do Auto Conceito*

Inventário Clínico de Auto-Conceito

(© A. Vaz Serra, 1985)

**INSTRUÇÕES**

**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 de forma verdadeira, espontânea e rápida a cada uma delas. Ao dar a sua resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  aquela que pensa 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 realizar	<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"/>

(...)

# Anexo III

Folha de rosto do *International Physical Activity Questionnaire*

**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO DA  
ACTIVIDADE FÍSICA - IPAQ- Versão Portuguesa Curta**

(Craig et al., 2003 ; adaptado por Barretta *et al.*, 2007 e Viebig *et al.*, 2006)

Este questionário inclui questões sobre a actividade física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para outro, no trabalho, nas actividades domésticas (femininas ou masculinas), na jardinagem e nas actividades que efectua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. As questões referem-se à actividade física que realiza numa *semana normal*, e *não em dias excepcionais*, como por exemplo, no dia em que fez a mudança da casa.

Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa activa. *Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:*

**Actividade física vigorosa** *refere-se a actividades que requerem muito esforço físico e a respiração fica muito mais intensa que o normal.*

**Actividade física moderada** *refere-se a actividades que requerem esforço físico moderado e a respiração fica um pouco mais intensa que o normal.*

*Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.*

**1a)** Durante a última semana, quantos *dias* fez actividade física **vigorosa** como levantar e/ou transportar objectos pesados, cavar, realizar ginástica aeróbica, correr, nadar, jogar futebol ou

andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

## Anexo IV

Folha de rosto do *Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos*

**Questionário de dados Sócio-Demográficos e Clínicos**

1- Sexo:

- Feminino  
 Masculino

2- Estado Civil

- a. Solteiro  
b. Casado  
c. União de Facto  
d. Viúvo  
e. Divorciado

3- Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

4- Área de Residência:

- Urbano  
 Rural

5- Concelho: \_\_\_\_\_

6- Situação profissional:

- a. Estudante \_\_\_\_\_  
b. Trabalhador \_\_\_\_\_  
c. Desempregado  
d. Reformado

7- Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

8- Há quanto tempo tem excesso peso/obesidade?

\_\_\_\_\_

(...)