



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

**Obesidade:  
Perceção de Suporte Social e Estado Emocional em  
Pessoas com Diagnóstico de Obesidade e que Procuram  
Tratamento Cirúrgico Bariátrico**

**Patrícia Romão Fonseca**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Dr. Manuel Loureiro  
Co-orientador: Prof. Dr.<sup>a</sup> Paula Carvalho

**Covilhã, Outubro de 2013**



# Dedicatória

Dedico esta investigação a todas as pessoas que, tal como eu, sentem ou sentiram na pele o peso psicossocial dos quilos a mais. Nós sabemos como é suportar o peso, não tanto o físico, mas o social e o psicoemocional. Estes sim condicionam a nossa vida e a forma como encaramos os quilos a mais. Vivemos “acorrentados” ao peso na masmorra da imagem corporal.

A todas as pessoas que lutam contra a obesidade deixo-vos uma palavra de incentivo e coragem. Vocês são muito mais que um corpo físico. Vocês, para além de matéria física, têm intelecto, sentimentos, emoções, vivências e uma miscelânea de coisas que fazem de vocês seres humanos complexos na sua unidade.



# Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus e a Nossa Senhora de Fátima por mais uma etapa concluída. Não vou explicar os motivos mas a palavra “Fé” já esclarece tudo.

Quero agradecer aos meus estimados orientadores, Professora Paula Carvalho e Professor Loureiro, pelos sábios conselhos, recomendações e orientações que pautaram a realização desta investigação. Obrigada pela compreensão, simpatia e disponibilidade que sempre tiveram para comigo. O resultado final deste estudo deve-se sobretudo à confiança que depositaram em mim e ao facto de me deixarem “voar” pelos caminhos que trilhámos em conjunto. Permitiram-me ser autónoma mas sempre com a certeza que se caísse estariam lá para me apoiar. Bem-Haja.

Um agradecimento especial à Universidade da Beira Interior que me proporcionou 5 anos de aprendizagem e crescimento. Serás sempre recordada como o ponto de partida da minha formação profissional. Foi o começo de uma grande aventura.

Obrigada Covilhã, cidade neve, que me acolheu durante um longo período de tempo. Foste a minha casa e deste-me asas para poder voar na independência que alcancei. Acalentaste o meu coração quando a saudade do meu berço invadia o meu ser. Encorajaste-me a crescer.

Um agradecimento formal ao Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, particularmente ao Serviço de Psiquiatria, Psicologia e Cirurgia, à Comissão de Ética, ao Conselho de Administração e à equipa de Assistência Operacional que tornaram este projeto possível.

Agradeço também às pessoas que amavelmente participaram na investigação. Com vocês tive a oportunidade de compreender aprofundadamente a vertente multidimensional da obesidade e o seu extenso impacto nas mais diversas áreas de vida. Compreendi que o excesso de peso, em particular a obesidade, transcende em larga escala o conceito de doença física, desencadeando repercussões na esfera psicoemocional e social. Vocês vieram comprovar que a obesidade não é desmazelo, mas sim uma doença séria que necessita de acompanhamento médico rigoroso e multidisciplinar. Terminei parafraseando um paciente obeso: “Eu sou um ser humano antes de ser gordo”.

Um obrigado especial à cidade que me viu crescer! Figueira da Foz, a mais bela cidade que alguma vez conheci. Foi lá que dei os primeiros passos na caminhada da vida e é lá que encontro a essência do meu ser, revitalizo energias e ganho força para “chegar, ver e vencer”. A cidade da serra e do mar, “das finas areias, berço de sereias”.

Amigos, vocês sabem quem são, sem vocês isto não seria possível! Obrigada pela dedicação e carinho. Obrigada por me raptarem e fazerem de mim uma refém da vossa amizade. Estou viciada em vocês. Longe ou perto estamos unidos pelo coração.

A família, o meu suporte de todas as horas. Agradeço do fundo do coração o carinho, a dedicação, a simpatia e o amor que sempre me dedicaram. Obrigada por estarem sempre presentes em todas as minhas conquistas e amparem os meus deslizes sempre com uma palavra de incentivo de “bola para a frente”. Vocês são o meu pilar e a luz que me guia nas encruzilhadas da vida.

Obrigada pai. Sei que vibras com as minhas vitórias e sofres com os meus fracassos. Apesar de tudo estás sempre presente na minha vida. Sei que nunca te disse cara-a-cara, mas eu gosto muito de ti.

Mãe. É difícil agradecer à pessoa que de modo incansável luta, todos os dias, por mim e para mim. Não sei como te agradecer por tudo aquilo que fizeste e ainda fazes por mim. Guerreira é o teu nome do meio e Amar é o teu verbo principal. Obrigada por lutares comigo, sofreres comigo e por me deixares viver no teu cantinho mais especial, o coração. Sei que muitos dizem que as mães não podem nem devem ser as melhores amigas das filhas, mas tu, mamã, és a minha melhor amiga, minha confidente e o meu porto de abrigo. Orgulho-me tanto de seres minha mãe e da relação única que temos. Longe ou perto estamos juntas pela força do amor. Obrigada por cuidares de mim e me amares incondicionalmente tal e qual como sou. E já agora obrigada por me fazeres todos aqueles miminhos que me fazem muito feliz. Espero nunca te desiludir.

Em particular quero agradecer a ti, mano, pela tua incansável paciência e companheirismo. Por teres adormecido ao lado do meu berço tantas vezes, ficando a ver-me dormir. Por me tirares da caminha e me mostrares o mundo ao teu jeito. Por me teres ensinado a andar de bicicleta, mantendo, ainda hoje, esse vício vivo em mim. Por teres encoberto as minhas asneiras, assumindo algumas como sendo de tua autoria. Por me teres tirado as senhas de almoço e me teres levado às salas de aula na época em que a escola era um carrossel gigantesco. Por agarrares a minha mão e me acompanhares nas situações onde as mudanças me assustam. Por me empurrares para o futuro. Por me acompanhares no presente e por fazeres parte das minhas memórias mais felizes. Obrigada. Um dia quero ser velhinha e desdentada e ainda te puder chamar de mano, tal como hoje orgulhosamente o faço. Foste, és e serás sempre o meu maninho e o meu companheiro de vida. Quero que tenhas tanto orgulho em mim como eu tenho em ti. Obrigada por moveres montanhas somente para me veres sorrir. Sky Team.

Um obrigado especial aos avós mais fofinhos que conheço. Ao meu avô pela extrema boa disposição que sempre me presenteia. Obrigada por me fazeres rir com as tuas rocambolescas

histórias que tens sempre para contar. Obrigada por, muitas vezes, fazeres o papel de pai e me dares força para continuar a lutar por aquilo que acredito. Obrigada pelo abraço apertado e pelos presentes que fazes questão de oferecer sempre que te visito. És um Grande Homem que lutou muito para ter uns sapatos, uma camisa lavada e um pouco de pão na mesa. És um lutador com o dom da palavra. Apesar de não teres estudos, és conhecedor da vida e transpiras vida! És enérgico e um exemplo de vitalidade e força. Espero que continues a chamar-me “a minha boneca” por muitos e muitos anos. Avó, a mulher que sustenta as loucuras saudáveis do marido. Obrigada por seres a minha confidente e por, apesar das longas décadas que nos separam, estarmos sempre juntas. Obrigada por ouvires os meus desabafos e por chorares comigo. Herdei de ti muitas coisas... Coisas que me orgulham, porque sei que, para além de estares no meu coração, estás nos meus gestos, nas minhas expressões e formas de ser e agir. Agradeço ainda por rezares por mim todos os dias. Simplesmente amo-te.

Deixei-te para final meu amor. Não porque tens menos importância, mas porque foste o que entrou na minha vida como um vulcão. O amor nasceu de modo virtual, mas tornou-se tão real à distância de um clique. Hoje ainda cresce, alimentando-se de sorrisos, compreensão, comunicação, carinho e cumplicidade. Amor é uma palavra pequena na sua grafia, mas enorme no seu significado. E nós temos o privilégio de a compreender tão bem. Não tenho palavras para expressar aquilo que sinto por ti nem agradecer todo o amor e carinho que tens vindo a dedicar a mim e sobretudo a nós. A palavra “Nós” faz cada vez mais sentido e está patente na forma como me olhas e no modo como juntos idealizamos o futuro. Obrigada por caminhares comigo e acompanhares de perto, bem de perto, os degraus que vou subindo, apoiando-me sempre em todas as minhas escolhas. Obrigada por me abraçares quando a vida prega partidas, por me fazeres sentir segura em momentos em que a insegurança me congela, por me ajudares a procurar uma janela quando a porta se fecha e por me mostrares o lado bom da vida. Por dares cor e sentido aos meus dias, por me secares as lágrimas e me fazeres rir. Obrigada por me surpreenderes quando menos espero, por me mimares muito, por me dares a mão quando dizes “amor vai correr tudo bem” e por acreditares no que sou e no que Nós somos. Por tudo isto e muito mais, Amo-te.

Estrela do céu obrigada! “Força e coragem”.

Em jeito de suma, agradeço a todas as pessoas que me fazem sorrir todos os dias! A todos vocês dedico-vos esta citação:

*Pouca coisa é necessária para transformar inteiramente uma vida:  
amor no coração e sorriso nos lábios.*

*Martin Luther King*



# Prefácio

As doenças crónicas representam, à escala mundial, um grande encargo em termos económicos e de qualidade de vida (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006). A História defende que a obesidade é uma das patologias metabólicas mais antigas (Loli, 2000), havendo mesmo relatos de pessoas obesas na Antiguidade. Em determinadas sociedades e períodos históricos chegou a ser entendida como sinal de saúde e beleza (Barros Filho, 2004). Em contrapartida, em meados do século XIX, os obesos foram percecionados como pessoas com baixa autoestima, limitações intelectuais e défices morais e psíquicos. Estes estereótipos desencadearam consequências nefastas em termos sociais, nomeadamente penalização do doente e visão estigmatizada da doença (Segal, 2003).

Já no século passado, a investigação tem sensibilizado para o facto de a obesidade ser uma condição que prejudica bastante o estado de saúde das pessoas, estando relacionada com fatores genéticos, metabólicos, ambientais e psicológicos (Cavalcante, 2009). Na década de 90 a investigação foi mais além e concluiu que os padrões alimentares (fraca qualidade nutricional e quantidade exagerada de alimentos ingeridos) e comportamentais (falta de exercício físico) podem, conjuntamente, contribuir para potenciar o desenrolar da obesidade, já para não mencionar dos fatores biológicos e culturais (Ades & Kerbauy, 2002). Mais recentemente, os investigadores apontam para a existência de aspetos neurobiológicos relacionados com a obesidade, ou seja, determinados circuitos neurais que estão ligados à alimentação que podem, eventualmente, potenciar o surgimento e manutenção da obesidade (Markus, 2005).

Apesar da evolução que o conceito de obesidade tem vindo a sofrer ao longo dos tempos, este pode ser entendido como a acumulação excessiva de gordura na composição corporal que se expressa numa relação desequilibrada entre a estrutura física e o peso da pessoa. Esta patologia é encarada, atualmente, como um problema de saúde pública, dado o seu crescimento exponencial nos últimos anos (Viana, 2002).



## Resumo

O presente estudo descritivo-comparativo transversal tem como intuito conhecer o impacto psicoemocional da obesidade e analisar a percepção da população obesa acerca do seu suporte social, tendo em conta os graus de obesidade e os três grupos que compõem o processo cirúrgico bariátrico: candidatos a cirurgia (G1) e sujeitos já submetidos a cirurgia há 6 meses (G2) e há mais de 6 meses (G3). É um estudo relevante, dado que a percentagem de obesidade tem vindo a aumentar exponencialmente, desencadeando repercussões nefastas nas várias esferas de vida dos sujeitos. Dado este crescente aumento, a medicina tem vindo a apresentar tratamentos diversos, nomeadamente a cirurgia. Para este estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência constituída por 110 indivíduos, 78 mulheres e 32 homens, com uma média de idades de 43,37 anos ( $s = 9,47$ ). De acordo com o IMC, 1,8% apresenta obesidade de tipo 1, 22,7% de tipo 2 e 75,5% de tipo 3. Mediante a fase cirúrgica, 38 sujeitos estão propostos a cirurgia, 37 foram já submetidos a tratamento cirúrgico há menos de 6 meses e 35 há mais de 6 meses. Os sujeitos responderam a um questionário introdutório, à Escala de Satisfação com o Suporte Social e Escala Clínica de Ansiedade e Depressão.

Dos resultados salientamos, ao nível do suporte social percebido, o género masculino apresenta uma maior percepção de suporte social em comparação com sexo feminino. De acordo com o grau de obesidade, não foram encontradas diferenças significativas em termos de percepção de suporte social. Comparadas as três fases que compõem o processo bariátrico, o grupo 1 exhibe genericamente menor percepção de apoio social, especialmente ao nível do relacionamento íntimo e atividades sociais. Apurou-se ainda a existência de uma correlação negativa entre os sintomas psicoemocionais (ansiedade e depressão) e o apoio social percebido, indicando que quanto mais intensos são os sintomas ansiógenos e depressivos, menor é a percepção de apoio social. Em termos de sintomatologia psicoemocional são as mulheres que apresentam significativamente níveis ansiógenos mais elevados do que os homens. Contudo não se observaram diferenças significativas no que diz respeito à sintomatologia depressiva. De acordo com o processo cirúrgico, são os sujeitos candidatos a cirurgia que exibem níveis significativamente mais elevados de sintomatologia quer depressiva, quer ansiógena em comparação com os grupos pós-cirúrgicos. Os resultados do estudo sugerem que a avaliação dos sintomas psicoemocionais e do apoio social que envolve o paciente são fundamentais ter em conta ao longo do processo cirúrgico bariátrico, dado que condicionam tanto a adesão terapêutica, assim como os resultados do próprio tratamento.

## Palavras-chave

Obesidade; cirurgia bariátrica, ansiedade, depressão, suporte social percebido.



# Abstract

The present study is comparative cross has the intention to understand the psycho-emotional impact of obesity and analyze the perception of obese people about their social, taking into account the degree of obesity and the three groups constituting bariatric surgical process: candidates for surgery (G1), patients submitted surgery there under 6 months (G2) and there more than 6 months (G3). It is a relevant study, as the percentage of obesity has been increasing exponentially, unleashing damaging repercussions in various spheres of life of individuals. Given this increasing, medicine has been presenting various treatments, including surgery. For this study we used a convenience sample consisted of 110 individuals, 78 women and 32 men, with a mean age of 43,37 years ( $s = 9,47$ ). According to BMI, 1,8% has obesity type 1, 22,7% of type 2 and 75,5% of type 3. Through the surgical phase, 38 subjects are proposed to surgery, 37 have already been submitted to surgical treatment there under 6 months and 35 for more than 6 months. The subjects answered a questionnaire introductory, to Scale of Satisfaction with Social Support and Clinical Scale of Anxiety and Depression.

The results underline that the level of perceived social support, the male gender has a greater perception of social support compared to females gender. In accordance with the degree of obesity, no significant differences were found in terms of perception of social support. Comparing three phases that constitute the process bariatric, group 1 shows generally lower perception of social support, especially at the level of intimate relationships and social activities. It was also found that there is a negative correlation between psycho-emotional symptoms (anxiety and depression) and perceived social support, indicating that the more intense the anxiety and depressive symptoms, the lower the perception of social support. In terms of psycho-emotional symptoms are women who have significantly higher levels of anxiety than men. However there were no significant differences with regard to depressive symptomatology. According to the surgical procedure, are candidates for surgery subjects that exhibit significantly higher levels of symptoms of depression and anxiety, compared to the groups after surgery. The results of the study suggest that assessment of psycho-emotional symptoms and social support that involve the patient are essential to take into account during the bariatric surgery process, since both affect adherence as well as the results of the treatment itself.

## Keywords

Obesity; bariatric surgery, anxiety, depression, perceived social support.



# Índice

Introdução	1
I. Obesidade e seus correlatos a nível da ansiedade, depressão e suporte social,	1
1.1.Obesidade: Operacionalização Concetual e Dimensão do Problema	1
1.2.Etiologia e Modelos Explicativos	7
1.3.Consequências para a Saúde	10
1.4.Prevenção e Tratamento	14
1.5.Obesidade e Perturbações Emocionais associadas	25
1.6.Obesidade e Suporte Social	37
II. Metodologia	45
2.1.Objetivos e Hipóteses	46
2.2. Participantes	48
2.3. Instrumentos de Medida	49
2.4. Procedimentos	52
III. Resultados	54
3.1.Análise Descritiva	54
3.2.Análise Inferencial	65
IV. Discussão e Conclusões	72
Referências Bibliográficas	91
Anexos	104



# Lista de Figuras

Figura 1 – Distribuição dos três grupos/fases do processo cirúrgico da amostra	54
Figura 2 – Distribuição dos procedimentos cirúrgicos da amostra	55
Figura 3 – Distribuição do género sexual da amostra	55
Figura 4 – Distribuição das idades da amostra	56
Figura 5 – Distribuição do estado civil da amostra	56



# Lista de Tabelas

Tabela 1 – Valores do Coeficiente de Cronbach das subescalas da HADS referentes ao estudo	51
Tabela 2 – Valores do Coeficiente de Cronbach das dimensões da ESSS referentes ao estudo	52
Tabela 3 – Distribuição do grau de obesidade da amostra	55
Tabela 4 – Distribuição da situação profissional da amostra	57
Tabela 5 – Distribuição das etapas desenvolvimentais relativas à génese da obesidade	57
Tabela 6 – Distribuição dos acontecimentos significativos associados à génese da obesidade	57
Tabela 7 – Distribuição dos fatores potenciadores da obesidade	58
Tabela 8 – Distribuição dos erros alimentares presentes na amostra	59
Tabela 9 – Distribuição das doenças comórbidas à obesidade na amostra	59
Tabela 10 – Distribuição dos fatores potenciadores da obesidade	60
Tabela 11 – Distribuição das tentativas de perda de peso e respetivos resultados e benefícios	60
Tabela 12 – Distribuição das dificuldades expetáveis face ao processo cirúrgico	61
Tabela 13 – Distribuição dos resultados expetáveis pós-cirúrgicos	61
Tabela 14 – Distribuição da ESSS: Dimensões e Score Total	63
Tabela 15 – Distribuição das fontes de suporte social da amostra	63
Tabela 16 – Distribuição da subescala Ansiedade da HADS	64
Tabela 17 – Distribuição da subescala Depressão da HADS	64
Tabela 18 – Distribuição dos antecedentes psicoemocionais da amostra	64
Tabela 19 – Diferenças ao nível do suporte social percebido em função do género, segundo o teste Mann-Whitney	65
Tabela 20 – Diferenças ao nível do suporte social percebido em função do grau de obesidade, segundo o teste de Kruskal-Wallis	66
Tabela 21 – Diferenças ao nível do suporte social percebido em função da fase cirúrgica, de acordo com o teste Kruskal-Wallis	67
Tabela 22 – Coeficiente de Correlação de Spearman entre ansiedade/depressão e perceção de suporte social	67
Tabela 23 – Diferenças ao nível da depressão em função do género, segundo o teste Mann-Whitney	68
Tabela 24 – Diferenças ao nível da depressão em função do IMC/grau de obesidade, segundo o teste Kruskal-Wallis	68
Tabela 25 – Diferenças ao nível da depressão em função da fase do processo cirúrgico, segundo o teste Kruskal-Wallis	69

Tabela 26 – Associação entre Depressão e fase cirúrgica, segundo o teste de Qui-Quadrado	69
Tabela 27 – Diferenças ao nível da ansiedade em função do género, segundo o teste Mann-Whitney	70
Tabela 28 – Diferenças ao nível da ansiedade em função do IMC/Grau de obesidade, segundo o teste Kruskal-Wallis	71
Tabela 29 – Diferenças ao nível da ansiedade em função da fase do processo cirúrgico, segundo o Mann-Whitney	71
Tabela 30 – Associação entre a ansiedade e processo cirúrgico, mediante o teste de Qui-Quadrado	72



## Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
CHEDV	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
HADS	Escala Clínica de Ansiedade e Depressão
OMS	Organização Mundial de Saúde
APA	American Psychological Association
NPCO	Núcleo de Psicologia e Cirurgia da Obesidade
SPCO	Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade
IMC	Índice de Massa Corporal
WHO	World Health Organization
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders





# Introdução

A presente investigação tem como foco de análise a população com diagnóstico clínico de obesidade e em processo de tratamento cirúrgico bariátrico. Tem como intuito conhecer o impacto psicoemocional deste quadro clínico, assim como analisar a percepção que os obesos detêm acerca do apoio social envolvente. Pretende ainda estudar estes aspetos tendo em consideração as três fases do processo bariátrico, ou seja antes da cirurgia e no período pós-operatório até 6 meses e há mais de 6 meses. Desta forma esta pesquisa inicia-se com a revisão teórica onde se procura compreender detalhadamente o que é isto da obesidade no que diz respeito quer à sua conceptualização e dimensão, quer aos tratamentos que a medicina tem vindo a oferecer. Por outro lado esmiuça a sua etiologia e os modelos explicativos subjacentes, assim como analisa em que medida a obesidade condiciona as diferentes vertentes da vida do obeso, tornando-o por vezes um ser “acorrentado” à sua imagem corporal que se distancia a anos-luz dos padrões de beleza utópicos. Daí que o estudo do impacto psicoemocional do excesso de peso é outro dos aspetos abordados, uma vez que faz sentido compreender de que forma a obesidade desencadeia alterações na saúde mental, particularmente na esfera psicoemocional. Dado que a pessoa obesa é um ser social, esta pesquisa ainda se debruça nos núcleos sociais que lhe fornecem apoio, incidindo com maior enfoque na sua percepção acerca desse suporte. Após esta revisão literária, é apresentado o estudo propriamente dito, justificando desta forma a sua pertinência, objetivos e desenho investigacional. É descrito igualmente os participantes que compõem a amostra, os materiais utilizados e o procedimento implícito utilizado. Posteriormente serão apresentados os resultados obtidos na sequência das hipóteses levantadas, sendo estes cuidadosamente analisados e discutidos. Por fim são apresentadas as principais conclusões e tecidas sugestões para futuras investigações e prática clínica.

## I. Obesidade e seus Correlatos a nível da Ansiedade, Depressão e Suporte Social

A obesidade pode ser entendida como a acumulação excessiva de gordura na composição corporal que se expressa numa relação desequilibrada entre a estrutura física e o peso da pessoa. Esta patologia é encarada, atualmente, como um problema de saúde pública, dado o seu crescimento exponencial nos últimos anos (Viana, 2002). Assim, em virtude do aumento abrupto das taxas de obesidade, revela-se crucial esmiuçar um pouco melhor estas questões, de modo a que a prevenção e a intervenção obtenham resultados satisfatórios.

### 1.1.Obesidade: Operacionalização Concetual e Dimensão do Problema

A palavra obesidade deriva do latim *obesus*, *ob*-muito e *edere*-comer (Halpern & Mancini, 1999). A obesidade não é classificada como uma perturbação psiquiátrica (APA, 1994; Halmi cit in Segal, Cardeal, Cordás, 2002) e expressa-se em ambientes específicos (Bouchard cit in Wilson, 1996) associados à vida moderna pautada pelo acesso fácil a produtos com alto teor de açúcares e gordura, assim como dispositivos tecnológicos que economizam o gasto energético (Brownell & Rodin, 1994; Grilo cit in Wilson, 1996). Neste sentido, as pessoas obesas tendem a apresentar lacunas graves no que respeita à alimentação saudável, contribuindo para a manutenção de um peso elevado e do constante aumento (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Decreto-Lei nº4571/2005 de 2 de Março, é considerada uma doença crónica caracterizada pela acumulação anormal/excessiva de grandes quantidades de gordura nos tecidos adiposos que desencadeia, como consequência, inúmeros prejuízos para o estado de saúde dos sujeitos afetados. Esta patologia é de difícil controlo, estando sujeita a inúmeras recidivas e retrocessos terapêuticos (WHO, 2012a). Quanto à distribuição de gordura, a obesidade pode ser escalonada em três tipologias: difusa (ou generalizada), androide (também conhecida por central, abdominal, superior ou maçã) e ginóide (denominada também de inferior, periférica, subcutânea ou em pêra). Esta forma de análise da distribuição da gordura permite identificar possíveis associações com doenças, isto é a obesidade androide, comum no género masculino, tende a estar relacionada com distúrbios cardiovasculares e metabólicos. Já a ginóide, tipicamente presente no género feminino, está associada a complicações vasculares, periféricas, ortopédicas e estéticas (Mancini, 2002). Para além desta classificação, a obesidade pode ser analisada quando a sua origem, isto é pode ser entendida como endógena, dado que está associada a um desequilíbrio entre a ingestão e o dispêndio calórico (tipologia mais comum), ou exógena resultante de uma patologia associada (Mello, Luft & Meyer, 2004).

Geralmente o obeso, em particular o mórbido, detém um longo historial de tentativas de diminuição de peso, através de tratamentos supervisionados por nutricionistas, utilizando em simultâneo um plano dietético e fármacos, e/ou por iniciativa própria, recorrendo a dietas inadequadas e, por vezes, a farmacologia sem prescrição médica. Apesar de inicialmente estes mecanismos proporcionarem redução de peso, a longo prazo revelam-se insatisfatórios, pois os pacientes tendem a recuperar os quilos perdidos num curto período de tempo após a finalização do tratamento (Franques, 2003). A limitação apontada destas técnicas é o fato de privilegiarem a dimensão biológica e marginalizarem os aspetos psicossociais, conduzindo os obesos a momentos de frustração e falta de autoeficácia, uma vez que, apesar do seu esforço, continuam a ganhar peso (Garner & Wooley cit in Cavalcante, 2009). Portanto o conceito de obesidade é multidimensional e deve ser entendido à luz de uma perspetiva biopsicossocial, pois é influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais, assim como condições clínicas e padrões comportamentais (Fettes & Williams, 1996).

### ***Critérios de Diagnóstico***

Mediante o Portal da Saúde (2005), compete ao médico de família avaliar o grau de obesidade e referenciá-lo, encaminhando o paciente para as consultas hospitalares. O diagnóstico pode ser realizado mediante metodologias quer quantitativas quer qualitativas (Mancini, 2002), sendo que o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) é um dos métodos quantitativos mais utilizados para averiguar a existência ou não de excesso de peso e obesidade em adultos, não necessitando de valores padronizados referente à idade (Sinzato, 2007). Para obter o IMC é necessário dividir o peso (em quilogramas) pela altura (em centímetros) elevada ao quadrado (Ministério da Saúde Brasileiro, 2008). De acordo com a OMS, é frequente utilizar-se o IMC para classificar uma pessoa adulta consoante o seu peso, ou seja considera-se que apresenta peso a menos quando o seu IMC é inferior a 18.5, peso normal quando o IMC se encontra entre os 18.5 e os 24.9, excesso de peso quando o IMC é igual ou superior a 25 e é considerada pré-obesa quando evidencia um IMC entre os 25 e os 29.9. Quando os sujeitos apresentam um IMC igual ou superior a 30 significa que já se encontram no patamar de obesidade, sendo que este pode ser subdividido em três classes: Obesidade tipo I (IMC entre 30 e 34.9), tipo II (IMC entre 35 e 39.9) e tipo III (IMC igual ou superior a 40) (WHO, 2012a).

Este instrumento é considerado um bom método de diagnóstico da obesidade, é de simples e prática utilização, baixo custo, e possibilita a comparação entre populações (Sinzato, 2007). Contudo tem sido alvo de críticas, dado que esta forma de quantificar a gordura não diferencia a massa magra da massa de gordura nem identifica a sua distribuição. Outra limitação apontada passa pela utilização questionável do IMC em crianças e adolescentes, uma vez que se encontram num período de desenvolvimento caracterizado por mudanças corporais aceleradas. Na população idosa não existe consenso relativo aos valores normativos deste índice. (Segal, et al., 2002). No caso de pessoas de diferentes raças, com composições corporais diferentes, o IMC deverá ser adaptado (Heymsfield et al. cit in Segal, et al., 2002). Por último, é provável também encontrar pessoas com um IMC elevado e não evidenciarem obesidade, como é o caso de alguns desportistas ou pessoas com um IMC baixo e com obesidade (denominados “*obesos de baixo peso ou de peso normal*”) (Garrow & Webster cit in Segal, et al., 2002). Outro método bastante utilizado para diagnóstico centra-se na análise do peso relativo, ou seja da relação percentual entre o peso atual do paciente e o peso populacional normativo e estipulado por tabelas padronizadas (Monteiro cit in Sinzato, 2007). Este método centra-se na relação entre o perímetro da cintura, do quadril e do diâmetro sagital que avalia a gordura intra-abdominal (Sinzato, 2007).

### ***Dados Epidemiológicos***

Após a apresentação da conceção de obesidade e todas as implicações que a envolvem, é importante compreender um pouco melhor a distribuição quer mundial quer nacional desta enfermidade pública que tem vindo a crescer exponencialmente. Assim esta sessão será destinada à apresentação de estudos epidemiológicos que foram realizados com o intuito de compreender a forma como a obesidade tem evoluído quer a nível mundial quer em Portugal.

### *Epidemiologia Mundial*

A obesidade, mediante a OMS, é englobada no grupo de doenças de tipo não transmissível, tendo esta, dentro desse grupo, maior expressão à escala mundial (WHO cit in Almeida, et al., 2012). Em 2008 quase um milhão e meio de adultos detinha excesso de peso e mais de meio milhão já eram considerados obesos, duplicando assim a prevalência de obesidade entre 1980 e 2008. Por outro lado importa mencionar mais um dado estatístico, pelo menos 2,8 milhões de óbitos estão associados ao excesso de peso e obesidade, sendo que 65% da população mundial vive nos países onde a obesidade/excesso de peso mata mais pessoas do que o peso baixo (WHO, 2012a). É de constatar que esta patologia tem vindo a aumentar a sua incidência de modo global, sem diferenciar faixas etárias, regiões ou culturas (WHO, 2012a). Desta forma, em função da alta prevalência e das comorbilidades associadas, a obesidade é entendida como a mais importante doença nutricional do mundo ocidental (Nomino cit in Cavalcante, 2009), estando correlacionada com as mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares (Almeida, et al., 2012). Para 2020 a OMS prevê que dois terços da carga de doenças sejam atribuídos a doenças crónicas associadas à obesidade (Cavalcante, 2009).

Relativamente às diferenças de géneros, a literatura evidencia que as mulheres são mais suscetíveis aos padrões de beleza incutidos pelos média, estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações alimentares e psiquiátricas, procuram com mais afinco tratamentos para a obesidade (Matos et al., 2002), assim como estão mais vulneráveis a sentimento de insatisfação com o próprio corpo (Schwartz & Brownell cit in Cavalcante, 2009). A título de curiosidade, um estudo longitudinal implementado entre 1987 e 2004 conclui que as percentagens de mulheres submetidas a cirurgia bariátrica rondavam os 85% em 1987 e 80% em 2004 (Samuel, Mason, Renquist, Zimmerman & Jamal, 2006). A prevalência do género feminino na procura de cirurgias para a diminuição de peso pode ser o reflexo de questões culturais veiculadas pela sociedade ocidental que exige acerrimamente às mulheres um corpo magro que se associa ao padrão de beleza socialmente aceite (Matos et al., 2002). No que concerne às faixas etárias, têm-se vindo a identificar uma crescente prevalência de obesidade em adultos, sendo que é mais visível entre os 50 e os 60 anos de idade nos países desenvolvidos, e entre os 40 e 50 anos nos países em desenvolvimento (Low, 2009). Em suma, as previsões indicam que a prevalência de obesidade a nível mundial tende a ser elevada, podendo mesmo aumentar. Este aumento, para além do impacto negativo ao nível do estado de saúde das populações, também acarreta avultados custos económicos com o diagnóstico e tratamento tanto da obesidade como das suas complicações (Powers, Rehrig & Jones, 2007).

### *Epidemiologia Nacional*

Em Portugal, o primeiro estudo nacional representativo destinado a avaliar a prevalência de obesidade adulta decorreu entre 1995 e 1998 (Carmo et al., 2006). Posteriormente entre Janeiro de 2003 e Janeiro de 2005, a propósito de outra investigação, foram recolhidos dados junto de indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, sendo que da

totalidade da amostra, 39,4% evidenciava pré-obesidade e 14,2% obesidade (Carmo et al., 2008). Estabelecendo a análise destes dois estudos com bastante relevo nacional, pode-se concluir que a taxa de prevalência de obesidade aumentou de 49,6% (em 1995-1998) para 53,6% (em 2003-2005), revelando que, apesar de a obesidade ter sido considerado um flagelo de saúde pública, as ações para a sua redução não parecem ter surtido muito efeito (Carmo et al., 2006; Carmo et al., 2008). Em 2000 averiguou-se que cerca de 35% da população portuguesa com idades entre os 18 e os 64 anos manifestavam excesso de peso e 14,4% da população em estudo era obesa (Nobre, Jorge, Macedo & Castro, 2004). Portugal encontra-se na segunda posição dos países europeus com maior taxa de pré-obesidade/obesidade (31,56%), seguindo a tendência de outros países como a Espanha, Grécia e Itália (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado, 2004). De acordo com alguns dados, os obesos estudados apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos (Carmo et al., 2006), onde as mulheres exibem uma maior percentagem de IMC (15,4%), comparativamente com o género masculino (12,9) (Carmo et al. cit in Mendes & Pais-Ribeiro, 2010).

No que diz respeito à obesidade infantil, tem-se verificado em Portugal um aumento da prevalência tanto em crianças como em jovens, sendo que este flagelo parece ter uma tendência para aumentar caso não sejam alterados os hábitos alimentares. Se não se travar este progresso, o futuro de Portugal será pautado pelo aumento do número de adultos obesos, dado que as crianças obesas de hoje serão os adultos obesos de amanhã (Nobre, et al., 2004). Um outro estudo de relevo propôs-se analisar a prevalência de obesidade em jovens adultos, através de dados recolhidos em dois momentos: entre 1966-1981 e entre 1986-2000 aquando do exame médico para recruta militar. Concluiu então que a presença de excesso de peso aumentou de 10,5% (1986) para 21,3% (2000), bem como a taxa de obesidade aumentou de 0,9% para 4,2% no mesmo período de tempo (Padez, 2006). Travado e colaboradores (2004) realizaram um estudo que se propunha caracterizar a população obesa antes da cirurgia, através da análise de medidas clínicas de psicopatologia, alterações da personalidade e emocionais, qualidade de vida e autoconceito, aspetos referentes à história de obesidade e motivação, expectativa face ao tratamento, padrão alimentar atual e estilo de vida. O estudo verificou que a população que mais recorre à cirurgia bariátrica é do género feminino, detém um índice de massa corporal elevado, apresenta antecedentes familiares de obesidade, o início do aumento de peso surgiu na infância, evidencia um comportamento alimentar disruptivo que favorece o desenvolvimento e manutenção da obesidade.

Outros estudos também apontam, igualmente, para a maior prevalência do género feminino na procura de tratamentos cirúrgicos bariátricos, podendo este fato ser justificado mediante a excessiva valorização social da conceção de beleza como sinónimo de magreza, assim como dificuldades de locomoção, mobilidade e acesso a vários espaços que impedem as mulheres de realizar as suas atividades sociais, domésticas e profissionais (Quadros et al. cit in França, Nascimento & Gravena, 2011). De acordo com a pesquisa descritiva transversal efetuada pelo

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2005), esta averiguou que mais de metade dos participantes (53,9%) evidencia excesso de peso (IMC igual ou superior a 25), sendo que 15,4% já se encontra num patamar de obesidade. Foi evidente que o género feminino e a faixa etária entre os 45 e os 64 anos apresentaram as pontuações mais elevadas. Segundo WHO (2011), foi estimado que no ano de 2008 mais de metade da população portuguesa evidenciava excesso de peso (59,1%), indicando que os homens apresentavam maior excesso de peso (61,8%) do que as mulheres (56,6%). Esta mesma pesquisa aponta que Portugal detém 24% da população com obesidade, sendo mais evidente no género feminino (26,3%), comparativamente com o masculino (21,6%). Em termos de comportamento de risco, mais de metade da população portuguesa (53,9%) apresenta comportamentos sedentários, mais prevalente nas mulheres (57,5%) do que nos homens (50%). Por fim importa referir que este estudo apresenta uma perspetiva temporal que assinalou um aumento do IMC ao longo dos anos, isto é em 1980 rondava os 25Kg/m<sup>2</sup>, aumentando de modo contante até 2008 onde o IMC rondava os 27Kg/m<sup>2</sup> (WHO, 2011).

De forma mais específica irão ser apresentados os indicadores descritos no Plano Nacional de Saúde, no que diz respeito à faixa etária, género sexual e regiões do país continental segundo a Nut II. A taxa de obesidade entre os 18 e 24 anos é superior nos homens (3%) do que nas mulheres (2,3%) em 1998/99. Desde este período até 2005/06 deu-se um aumento da taxa de incidência, sendo que o sexo masculino (4,2%) se mantém à frente, em comparação com o feminino (3,4%). Tendo em conta Portugal Continental e as regiões que o compõem, a percentagem de homens com excesso de peso é maior do que as mulheres, com a exceção da região Norte onde as percentagens são idênticas e Alentejo onde a percentagem nos homens é mais baixa. Já no que diz respeito à faixa etária entre os 30 e os 44 anos de idade, em 1998/99 a percentagem de homens considerados obesos (11,3%) é ligeiramente inferior à das mulheres (11,6%). Já em 2005/06 a proporção de pessoas obesas aumentou em comparação ao período anterior, tanto nos homens (12,8%) como nas mulheres (12,7%). A nível regional, importa referenciar que a proporção de obesidade no sexo masculino com excesso de peso foi superior à do feminino, à exceção da área Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo onde se verificou o panorama inverso (Ministério da Saúde, 2009). Na faixa etária entre os 55 e os 64 anos, a obesidade foi mais evidente em mulheres (20%) do que nos homens (16,2%) no período de 1998/99. Já em 2005/06 registou-se um aumento em ambos os géneros, tendo sido superior no género feminino (24,3%) em relação ao masculino (22%). Por outras palavras é fácil perceber, tendo em conta os dois momentos de análise, um aumento do índice de obesidade tanto a nível nacional como das suas regiões, sendo mais prevalente nas mulheres do que nos homens, à exceção do Algarve onde esta situação se inverte. Por fim relativamente à faixa etária entre os 65 e os 74 anos, averiguou-se que a proporção de mulheres obesas (19,5%) era superior à dos homens (14,5%) no período de 1998/99. No segundo momento de análise os valores percentuais aumentaram, tanto nas mulheres (23,5%) como nos homens (19,6%). Apesar do aumento, as mulheres continuam a estar em primeiro no que diz respeito à prevalência de

obesidade, sendo que esta constatação também se verifica em todas as regiões de Portugal Continental, à exceção do Norte onde a situação é oposta (Ministério da Saúde, 2009).

Restringindo o campo de análise à região Norte, pode-se averiguar que em 2005/06, segundo o Perfil de Saúde da Região Norte, a percentagem de obesidade na área do norte (14,9%) é inferior à de Portugal continental (15,2%), sendo que a percentagem dos homens no continente (14,4%) é um pouco inferior à dos da região norte (14,6%). Em contrapartida, a proporção de mulheres obesas é um pouco superior no continente (15,9%) do que no norte (15,2%). De seguida serão apresentadas as faixas etárias de forma crescente e as respetivas taxas de obesidade: 18-24anos (5%), 25-34anos (8,3%), 35-54anos (21,9%), 55-64anos (23,1%), 65-74anos (21,6%) e 75 ou mais (14,9%) (Administração Regional da Saúde do Norte, 2009). Fazendo um apanhado, pode constatar-se que a prevalência de obesidade no território nacional tem vindo a aumentar, podendo este fenómeno estar relacionado com as rápidas mudanças nas condições socioeconómicas e demográficas. Através deste aumento gradual, pode-se prever que, se no futuro não forem tomadas medidas condignas, este panorama poderá vir a agravar-se ainda mais porque os padrões disruptivos tendem a repetir-se (Padez, 2006; Decreto-Lei nº4571/2005 de 2 de Março).

## **1.2.Etiologia e Modelos Explicativos**

Dado que o flagelo da obesidade é uma questão preocupante em termos de aumento das taxas de incidência, bem como das dificuldades e limitações que acarreta, torna-se de extrema pertinência perceber quais as causas que potencializam o seu surgimento e manutenção (Bento, 2011). De acordo com o Decreto-Lei nº4571/2005 de 2 de Março, a origem da obesidade é multifatorial, estando associada a aspetos genéticos, ausência de atividade física, componentes sociopsicológicos (Murtagh & Ludwig, 2011; Steinbeck cit in Almeida, et al., 2012) e fatores endócrinos/metabólicos (Carmo et al., 2008). Seguidamente serão apresentadas algumas explicações encontradas para a etiologia da obesidade.

### ***Fatores Fisiológicos***

A obesidade, do ponto de vista fisiológico, é encarada como um problema de desequilíbrio energético entre a ingestão de alimentos e o gasto de energia (Swinburn, Caterson, Seidell & James, 2004). Existe então pessoas hiperfagias, devido a alterações nos núcleos hipotalâmicos da saciedade onde a fome depende de estímulos químicos, hormonais e psíquicos (OMS cit in Cavalcante, 2009). Por outro lado existe outro tipo de pessoas que, apesar de se alimentar normalmente, apresenta excesso de peso associado ao seu metabolismo basal, gasto energético total, efeito térmico dos alimentos e leptina (OMS, 2003; Organização Pan-americana da saúde cit in Cavalcante, 2009).

Os estudos apontam que determinadas hormonas, como a dopamina, canabinóides endógenos, neuropeptídeo Y, corticol e outros glucocorticoides tendem a estimular o aumento de fome.

O glucocorticoide em excesso no organismo potencia o aumento quer do apetite, quer do peso. Já a serotonina afeta os recetores neurais do hipotálamo que estão envolvidos no controlo do apetite. Assim tanto os glucocorticoides como a serotonina têm sido relacionados com a fisiopatologia da obesidade e de condições psiquiátricas, dado que formam um sistema complexo que monitoriza a entrega, gasto e armazenamento da energia (Proulx & Seeley cit in Swencionis & Rendell, 2012). Outros autores referem que o gene “ob” que codifica a leptina pode influenciar o fomento desta situação patológica, dado que os obesos apresentam elevados níveis desta hormona (Gale, Castracane & Mantzonos, 2004).

### ***Fatores Genéticos e Familiares***

A literatura apresenta inúmeras evidências acerca da existência de cerca de 50 a 80% de probabilidade de uma pessoa desenvolver esta patologia, tendo historial familiar de obesidade (Opera cit in Cavalcante, 2009). Pode dizer-se que sujeitos com início de aumento de peso na fase infantil e com historial familiar de obesidade apresentam maior tendência de desenvolverem esta patologia do que aquelas pessoas com início de aumento de peso na idade adulta e sem antecedentes familiares, sugerindo então a existência de uma predisposição genética (Oliveira, 2006). Outro aspeto a considerar é o padrão alimentar das famílias que pode potenciar quadros de obesidade, dado que atualmente as famílias tendem a optar por alimentos industrializados ricos em açúcares e gorduras polinsaturadas, restringindo o consumo de fibra. Este estilo alimentar desencadeia alterações metabólicas nefastas que terão repercussões graves no futuro (Silva, Costa & Ribeiro, 2008). Por outro lado o estilo vincutivo familiar deficitário pode estar na base da obesidade, dado que quando um sujeito evidencia uma perceção de apoio familiar baixa, sente-se mais só e, para combater a solidão, tende a consumir mais alimentos como mecanismo compensatório (Salve, 2006).

### ***Fatores Sociais e Comportamentais***

Como já foi mencionado, a obesidade tem uma etiologia multifatorial, onde o contexto também influencia o seu surgimento e manutenção. A fácil acessibilidade a alimentos pouco saudáveis ricos em açúcares refinados e gorduras polinsaturadas está cada vez mais presente na sociedade, em detrimento de alimentos salutareos como fruta e vegetais. De facto atualmente o preço dos alimentos ditos calóricos tornou-se acessível para muitas pessoas, aumentando o seu consumo. Esta proliferação pode relacionar-se ainda com a capacidade persuasiva da publicidade na divulgação destes produtos. Assim tudo isto contribui para o aumento da ingestão destes alimentos, propiciando o agravamento de peso (Swinburn, et al., 2004). Nesta sequência, vários autores referem que as pessoas obesas tendem a desenvolver uma obesidade de tipo exógena, resultante do consumo calórico exacerbado em comparação com o gasto energético diário (Lawlor & Chaturveni, 2006; Kolotkin, Meter & Williams, 2001). Importa salientar que o próprio ambiente social onde se realizam as refeições estimula o consumo alimentar, ou seja, um estudo concluiu que os sujeitos que fazem refeições com outra pessoa tendem a comer 35% mais, comparativamente quando comem sozinhas. Quando

fazem as refeições acompanhadas com três pessoas tendem a comer 75% mais e quando é com um grupo de sete ou mais pessoas tendem a ingerir 95% mais do que comeriam se estivessem sozinhas (Wansink cit in Swencionis & Rendell, 2012).

A sociedade ocidental revela alguma dificuldade em discernir os sinais de fome e de saciedade, sendo que a fome parece ser desencadeada pela presença de alimentos preferidos, pela aproximação da hora da refeição e por situações sociais que estimulam o ato de comer (Hill, Madgon & Blundell cit in Swencionis & Rendell, 2012). As pessoas tendem a consumir mais alimentos quando a sua disponibilidade é de fácil acesso, a variedade é abundante e os alimentos apelativos. Assim o desenvolvimento da obesidade pode ter na sua gênese um conjunto de fatores de risco, como o sedentarismo, utilização pouco salutar dos alimentos e ingestão alimentar noturna (Carmo et al., 2008). No que concerne ao sedentarismo é bastante fomentado pelo estilo de vida da sociedade moderna que se acomodou aos avanços tecnológicos que contribuem para a redução drástica do gasto calórico (Swencionis & Rendell, 2012). A televisão é considerada um dos principais facilitadores da inatividade, uma vez que imobiliza o sujeito e fornece-lhe conteúdos publicitários de incentivo à aquisição de alimentos pouco saudáveis (Bento, 2011). No caso dos comportamentos de ingestão noturna, os sujeitos apresentam maior propensão para o desenvolvimento de obesidade, dado que durante o dia o apetite é escasso, sendo o aporte energético compensado no período da noite através do consumo desapropriado de alimentos. Dado que durante a noite o gasto energético tende a ser menor, o organismo irá absorver tudo aquilo que foi consumido, fomentando assim o ganho de peso (Silva, et al., 2008).

### ***Fatores Psicológicos e Acontecimentos de Vida Significativos***

Também a dimensão psicológica pode estar na gênese da obesidade. Existem alguma contradição relativamente aos fatores psicológicos que poderão ser causadores da obesidade. Alguns estudos indicam que a depressão e ansiedade poderão potenciar o aumento de peso e desenvolvimento desta patologia (Flaherty & Janicak cit in Cavalcante, 2009) e que os indivíduos com obesidade mórbida estão mais vulneráveis a distúrbios psicológicos (Appolinário, 2004; Adami cit in Cavalcante, 2009). Porém, por outro, outras investigações apontam que não existem diferenças significativas (Reto cit in Cavalcante, 2009). Por outro lado o fator stress também parece contribuir para o fenómeno de aumento de peso, dado que estimula a escolha de alimentos ricos em calorias, gorduras saturadas e açúcares (Swencionis & Rendell, 2012). A nível das experiências de vida das pessoas, os estudos apontam que determinados episódios do ciclo de vida do ser humano podem contribuir para o aumento de peso, nomeadamente o casamento, gravidez, mudança de emprego, perda de pessoas importantes e consequentes processos de lutos (Oliveira, 2006).

### ***Modelos Teóricos explicativos***

A alimentação, é desde sempre, uma forma de vinculação entre a criança e a mãe e, consoante as características deste contato, a criança desenvolve uma relação adequada ou desadaptada com a comida. Quando a criança encara o alimento de modo disfuncional, poderá considera-lo a única fonte de prazer/conforto em situações de stress/tensão (Silva & Costa, 2003). Fabricatore & Wadden (2003) referem que as pessoas obesas tendencialmente perspetivam a comida como uma fonte de alívio que as auxiliam a suportar os acontecimentos desagradáveis. De acordo com Silva (2000), a obesidade pode então ser encarada como uma forma de expressar conflitos internos e externos, sendo o alimento perspetivado como uma alternativa para lidar com esses conflitos, ansiedades e tristezas. Além desta interpretação, o ato de comer pode ter implícita uma panóplia diversificada de significados. O primeiro pode relacionar-se com a falta de afeto, pois as pessoas confundem os seus desejos afetivos com sensações de fome. Por outro lado pode relacionar-se com uma vertente de gratificação sexual, pois o ato de comer pode substituir, disfarçar ou mesmo negar a sexualidade, prejudicando a atratividade da pessoa (Lieberman cit in Oliveira, 2006).

Subjacentes à etiologia da obesidade estão três teorias que associam este quadro clínico à ingestão alimentar, sendo elas Teoria da Externalidade, Teoria da Restrição Alimentar e Teoria Psicossomática. A primeira centra-se na dicotomia entre externalidade e internalidade, onde a pessoa obesa tende a estar mais sensível a fatores externos (Ogden, 2004) que são captados através da visão e olfacto e que propiciam a ingestão alimentar. Nesta lógica, o comportamento alimentar está condicionado pelo contexto onde o sujeito se insere, dado que se estiver num ambiente onde há fácil acesso à comida, tenderá a sentir-se mais compelido a consumi-la e vice-versa (Apfeldorfer, 1995). No caso da Teoria da Restrição Alimentar centra-se na ideia de ingestão excessiva de alimentos após um período de restrição alimentar (Rebelo & Leal, 2007). O padrão alimentar aqui em voga baseia-se em ciclos de dietas de restrição (que tem na sua génese uma combinação de fatores fisiológicos e esforços cognitivos para resistir à vontade de comer) intercaladas com períodos de desinibição excessiva que resulta no consumo avultado de comida. A fome que é desencadeada irá promover irritabilidade, ansiedade e depressão, levando o sujeito a acreditar que a única emoção positiva que dispõe é aquela proveniente da comida (Bernardi, Cicelero & Vitolo, 2005). Já a Teoria Psicossomática postula que as emoções negativas podem desencadear a ingestão alimentar excessiva. A obesidade e a hiperfagia são encaradas como uma manifestação física de transtornos emocionais e psicológicos inconscientes (Rebelo & Leal, 2007). A pessoa obesa, dado a dificuldade de exprimir a raiva/agressividade e de suportar situações conflituosas, tende a ingerir grandes quantidades alimentares como um ato de autoagressão, uma vez que, em virtude de não conseguir transmitir as emoções negativas que sente, essa agressividade é direcionada para si própria, autopunindo-se (Apfeldorfer, 1995).

### **1.3. Consequência para a Saúde**

A obesidade desencadeia o desenvolvimento de outras patologias nomeadamente hipertensão, diabetes mellitus II, doenças cardiovasculares, embolia pulmonar (WHO, 2012a), doenças crónicas e aumento da mortalidade (Sinzato, 2007). Nesta linha os prejuízos individuais e sociais contribuem para o aumento dos gastos com o tratamento da obesidade. Estima-se que entre dois e seis por cento dos gastos com tratamentos de saúde estejam relacionados com obesidade (Powers, et al., 2007). Assim é importante compreender o efeito devastador da obesidade nas mais distintas dimensões, tal como é demonstrado de seguida.

### ***Consequências Físicas***

As consequências a nível físico desencadeadas pela obesidade apresentam-se devastadoras, passando por complicações a nível da apneia do sono, hiperventilação, artrite degenerativa, maior risco de doenças cardiovasculares, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus, (Hojo, Melo & Nobre, 2007), alterações endocrinológicas, alterações na vesícula biliar (Bray, 1996; Bjorntorp cit in Segal, et al., 2002) e infertilidade. Pode ainda dar origem a diferentes formas de cancro, como o da próstata, cólon e reto no homem, assim como endométrio, vesícula biliar, mama, colo do útero e ovário na mulher (Ministério da Saúde Brasileiro, 2008). Um estudo averiguou que numa amostra de setenta pacientes com obesidade de grau III e que aguardavam tratamento cirúrgico, 59% evidenciavam hipertensão, 29% diabetes mellitus II e 29% apneia obstrutiva do sono (Sánchez et al., 2003). Outra complicação decorrente da obesidade passa pelo desenvolvimento de complicações articulares, uma vez que o excesso de peso sobrecarga as articulações, como os joelhos e tornozelos, podendo dar origem a doenças degenerativas como a osteoartrite (Dimon et al. cit in Bento, 2011). Por outro lado a apneia do sono também é condicionante da obesidade, pois o excesso de peso pode desencadear a obstrução cíclica das vias superiores durante o período de sono, sendo o ato de rressonar o sintoma mais evidente. Este distúrbio aquando do sono potencializa a sonolência diurna, irritabilidade, diminuição das capacidades cognitivas e reflexivas, bem como alterações emocionais (Knorst, Souza & Martinez, 2008). A nível sexual, a obesidade está associada a falta de desejo e prazer sexual, evitamento de contatos íntimos e dificuldades na performance (Valente et al. cit in Swencionis & Rendell, 2012). Para além destas complicações, compromete a realização de atividades básicas do quotidiano, desencadeando dificuldades ao nível da locomoção e dos cuidados pessoais (Larsson & Mattsson, 2001). Por outro lado, os sujeitos que sofrem de dificuldades ao nível das capacidades funcionais e mobilidade tendem a apresentar limitações ocupacionais-profissionais que se resolvem com a perda de peso, melhorando a sua qualidade de vida (Wadden et al., 2007).

### ***Consequências Psicossociais***

Para além dos efeitos físicos negativos, as pessoas portadoras de obesidade também são alvo de discriminação social (Travado, et al., 2004), contribuindo para o despoletar de distúrbios psicossociais (Almeida, et al., 2012), como depressão e ansiedade (Black, Goldstein & Mason, 1992), bem como baixo autoconceito/autoestima e isolamento social (Must & Strauss, 1999).

Pode então mencionar-se que a obesidade tem um impacto adverso em importantes dimensões da qualidade de vida das pessoas, designadamente na perceção de bem-estar físico, social, emocional, bem como ao nível do autoconceito (Silva, et al., 2009), sendo que percecionam que o seu estado de saúde geral se deteriorou no último ano (Soares, 2009). Pode dizer-se que a diminuída qualidade de vida destas pessoas tende a estar associada ao decréscimo da vitalidade e condições de vida social e ocupacional, dores físicas decorrentes do excesso de peso, dificuldades em termos sexuais e de realização de atividades de higiene e cuidados pessoais, assim como sudação excessiva e eventuais problemas de incontinência (Kral, Sjostrom & Sullivan, 1992). Para além destes aspetos, o excesso de peso também interfere bastante no relacionamento afetivo e amoroso com outras pessoas, uma vez que tendem a apresentar uma autoperceção de reduzida atratividade. Já em contexto familiar existem outras complicações, como a falta de apoio e incentivo para o processo de tratamento, o que desmotiva, à partida, o obeso a continuar (Oliveira, 2006). Neste seguimento as perturbações psiquiátricas podem ser consideradas um fator que penaliza o prognóstico salutar da obesidade, porque há a probabilidade de abandono precoce do tratamento e agravamento do estado psicológico após a perda de peso (Segal, et al., 2002). Soares (2009) averiguou que, na sua amostra de pessoas obesas, 38,5% dos participantes apresentava sintomas depressivos e 71,5% ansiógenos que ultrapassam o considerado normativo. Por outro lado 33,8% apresenta estas duas patologias em comorbilidade.

As atitudes preconceituosas para com as pessoas com excesso de peso é uma das consequências sociais bastante marcadas na sociedade atual que prima pela magreza extrema. A estigmatização social, expressa nos familiares, amigos, pessoas desconhecidas e profissionais de saúde (Markowitz, Friedman & Arent, 2008) centra-se na ideia de que não são preguiçosas, desleixadas, pouco competentes e com baixa propensão para conviver com outros, mas com problemas pessoais e emocionais (Moral, 2010). Esta conceção errónea faz com que os obesos se retraiam na hora de pedir auxílio médico, sendo este aspeto agravado com o estereótipo ainda vigente nos profissionais de saúde de que um obeso tem pouca força de vontade para mudar e que pouco irá beneficiar com o aconselhamento médico (Segal, et al., 2002). A título de exemplo, um estudo comprovou que cerca de 80% dos pacientes de cirurgia bariátrica referem terem sido quase sempre tratados de forma desrespeitosa por parte da equipa médica devido ao peso (Wadden & Stunkard cit in Segal, et al., 2002).

Importa, igualmente, ressaltar que perturbações psicológicas desempenham um papel significativo no desenvolvimento e manutenção da obesidade, visto que o síndrome de consumo alimentar noturno e perturbação compulsiva alimentar periódica tendem a estar presentes. O primeiro diz respeito a períodos noturnos de hiperfagia e falta de apetite pela manhã (Swencionis & Rendell, 2012). Nesta linha um estudo identificou este comportamento entre 8 a 33% das pessoas obesas avaliadas (Puzziferi, 2005) e outra investigação em cerca 5 a 20% (Wadden, et al., 2007). Já a perturbação compulsiva alimentar periódica (*binge-eating*) é

uma tendência para ingerir exageradas quantidades de alimentos num curto espaço de tempo, seguido de um sentimento de culpa, sensação de perda de controlo, irritabilidade e raiva. Para que o diagnóstico seja efetivado, estes episódios deverão ocorrer, pelo menos duas vezes por semana e por um período mínimo de seis meses, não devendo ser acompanhado por comportamentos compensatórios dirigidos à perda de peso (DSM-IV-TR, 2002). Este distúrbio é bastante comum na população obesa, dado que entre 30 a 68% de obesos referem ter este tipo de comportamento. Porém nem sempre preenchem os critérios mínimos requeridos, dificultando o seu tratamento (Puzziferi, 2005). Nesta linha averiguou-se que cerca de 50% dos pacientes obesos avaliados evidenciam comportamentos compulsivos, estando igualmente associados a historial de depressão major (Wadden, et al., 2007).

Os obesos com esta perturbação tendem a comer maiores quantidades alimentares quer nas refeições normais quer nos episódios bulímicos. Manifestam maior sofrimento no controlo dos excessos alimentares, maior grau de perfeccionismo durante as dietas, revelando medo de ganhar peso. Os estudos apontam para uma grande prevalência de somatização, perturbação obsessivo-compulsivo, ideação paranoide, tal como abuso de álcool (Hudson et al., 1988; Lowe & Caputo, 1991; Zwaan & Mitchell, 1992; Yanovski cit in Segal, et al., 2002). Tendem a manifestar níveis elevados de depressão e ansiedade durante e após o tratamento, assim como maior probabilidade de recaída, comparativamente com obesos isentos desta perturbação (Marcus, 1993). Porém o diagnóstico deste distúrbio é difícil, complicando o tratamento eficaz da obesidade (Azevedo, Santos & Fonseca, 2004). A literatura revela alguma divergência, pois uns autores acreditam que a compulsão alimentar pode relacionar-se com outros problemas psiquiátricos, contudo outros não encontram diferenças significativas (Fabricatore & Wadden, 2003). Bastantes estudos referem ainda que o comportamento alimentar compulsivo periódico antes da cirurgia bariátrica não facilita em o processo de perda de peso, dado a baixa adesão à dieta requerida depois da cirurgia. Por outro lado, a longo prazo, poderá potenciar novamente o ganho de peso ou até mesmo ultrapassá-lo (Wadden, et al., 2007). Em termos de tratamento, a perturbação compulsiva alimentar revela-se responsiva a intervenções cognitivas e comportamentais, a par com a terapia farmacológica (Puzziferi, 2005).

Apesar destas discrepâncias, a comparação do IMC real e o peso corporal idealizado pode desencadear ou agravar a sintomatologia depressiva nas pessoas obesas (Puzziferi, 2005), assim como o desenvolvimento de uma distorção da imagem corporal. As pessoas obesas com distorção da figura corporal tendem a ter uma preocupação exacerbada com o peso que as leva à exclusão de qualquer outro aspeto pessoal que as possa valorizar. Por outro lado desenvolvem um autoperceção negativa apenas com base na ideia distorcida e repugnante que têm acerca do seu corpo, levando-as a acreditar que os outros olham para elas com desprezo (Rosen, 1996). A maioria dos obesos (80%) afirma que se sente pouco atraente fisicamente, não gosta de se mostrar em público, acreditando que os outros fazem

comentários depreciativos acerca do peso (Morais, 2010). Este aspeto é agravado dado o desejo enorme de conseguir um corpo que se enquadre nos padrões de beleza vigentes (Appolinário & Claudino, 2000). Os meios de comunicação social são responsáveis pela massificação da ideia de que um corpo belo tem de ser magro. Estas conceções desencadeiam nas pessoas, que não se enquadram nestes padrões, distúrbios alimentares e psiquiátricos (Cardoso, 2006), sendo o género feminino que mais apresenta sentimentos de insatisfação corporal, em comparação com os homens (Lokken, Ferraro, Kirchner & Bowling, 2003).

A insatisfação corporal e baixa autoestima influenciam negativamente o tratamento clínico da obesidade ao nível do comportamento, bem-estar e qualidade de vida. Porém o mal-estar que as pessoas sentem em relação ao seu aspeto físico poderá ser considerado um fator motivador para o processo de redução de peso (Grave et al., 2007). Importa fazer referência que o modo como cada pessoa percebe o seu corpo exerce influência no modo como o meio envolvente é perspectivado, modificando a relação que estabelecem com os outros (Faith & Allison, 1996). Assim uma percepção de autoimagem negativa desencadeia preocupações relativas à aparência, embaraço e stress em situações sociais, evitamento social (Rosen, 1996). Este descontentamento provoca um grande comprometimento no relacionamento conjugal e sexual, sendo que muitos pacientes propostos para cirurgia bariátrica apresentam expectativas de melhorar a relação marital com a perda de peso. Já outros receiam que as alterações de peso e forma corporal destabilizem estes relacionamentos (Wadden et al., 2001). Os estudos têm demonstrado que é mais expectável o aumento da qualidade/satisfação destes relacionamentos, do que a sua deterioração, sendo que os problemas conjugais que surgem após a cirurgia tendem a estar associados a um fraco relacionamento anterior, do que aos efeitos da própria operação (Wadden et al., 2007). Para além das consequências psicológicas apontadas anteriormente, a investigação tem identificado outras, como historial de abuso sexual, ideação suicida, problemas familiares e conjugais, sentimentos de vergonha e de culpabilização, agressividade, revolta (Kral, et al., 1992) e dificuldade em se envolver num relacionamento afetivo estável (Segal & Fandiño, 2002). Em casos extremos pode conduzir a comportamentos suicidários (Wadden, et al., 2007).

## **1.4.Prevenção e Tratamento**

Em virtude de a obesidade ser um fenómeno em franca ascensão, revela-se fundamental dar primazia a medidas preventivas e remediativas, com o intuito de reverter esta situação. Como tal estes aspetos serão abordados questões seguidamente.

### ***Prevenção***

Dado que atualmente a sociedade proclama estilos de vida sedentários e um fácil acesso a alimentos não saudáveis, torna-se de extrema pertinência encetar iniciativas de mudança política e ambiental que tornem as escolhas nutricionais saudáveis e o desporto acessível a todos. Por outro lado também se revela fulcral implementar ações preventivas nas áreas da

saúde, educação, família, serviços comunitários, lazer, planeamento e infraestruturas (Soares, 2009), dado que a prevenção ao longo da vida é considerada um investimento. Nesta linha, as entidades governamentais têm responsabilidade na construção de políticas públicas que promovam estilos de vida saudáveis (WHO, 2012b).

A comunidade é fundamental para a adoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção da obesidade. Cada pessoa deverá ter acesso a um estilo de vida salutar e ser apoiada pela comunidade para fazer escolhas que visam o seu bem-estar (WHO, 2012a). Neste sentido a OMS está empenhada a reforçar as iniciativas preventivas e de controlo das doenças não transmissíveis na região europeia. Este projeto decorrerá entre 2012 e 2016 e delimitou cinco prioridades interventivas que passam pela promoção do consumo alimentar saudável, eliminação de alimentos ricos em gorduras, redução do sal, avaliação e controlo das doenças cardio-metabólicas e deteção atempada do cancro. Todas estas medidas pretendem obter benefícios na qualidade de vida das populações e no seu estado de saúde, diminuindo os fatores de risco que potenciam o desenvolvimento e manutenção de perturbações não-transmissíveis como obesidade (WHO, 2012b). Em Portugal, as entidades de saúde construíram um projeto que visa aumentar os ganhos com a saúde, fortalecer o suporte social e económico na saúde e na doença. Relacionando-o com a obesidade, este plano promove comportamentos alimentares saudáveis, através do controlo da prevalência do excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar até 2016 (Plano Nacional de Saúde, 2012). Todavia quando a intervenção preventiva não surte resultados suficientes, revela-se útil passar para uma vertente de tratamento. Esta passa pelo controlo e monitorização de um peso saudável, introdução de mudanças no plano alimentar e fomento da atividade física. É então fundamental uma equipa multidisciplinar capaz de compreender o paciente, delimitando um tratamento adaptado às suas idiossincrasias (Silva, et al., 2008).

### ***Avaliação***

Antes de mais é de considerar que o peso ideal para uma dada pessoa varia bastante, pois tem em conta várias dimensões como a idade, género, estilo de vida e a própria perceção subjetiva que cada sujeito tem acerca de si e do seu corpo (Grilo, 1996). Todos estes aspetos devem ser tidos em conta aquando do processo de avaliação do seu estado de saúde. Aqui a entrevista semiestruturada revela-se benéfica para a recolha de uma diversidade de informações úteis na compreensão multidimensional do caso clínico (Puzziferi, 2005). O historial pessoal e familiar do aumento de peso é um dos aspetos que deve ser explorado, de modo a perceber qual a etiologia da obesidade (Fettes & Williams, 1996). Outro indicador a esmiuçar prende-se com as tentativas anteriores de emagrecimento, onde é recomendável investigar os métodos utilizados, os resultados obtidos e se estes perduraram ou não ao longo do tempo. Os padrões alimentares devem igualmente ser alvo de avaliação, no sentido de compreender a rotina alimentar, os principais erros, se existe ou não a presença de comportamentos de ingestão alimentar associados a estados emocionais (Paharia & Kase,

2008), os comportamentos alimentares disruptivos (compulsão, vômito autoinduzido, uso de laxantes /diuréticos) e o padrão da atividade física (Fettes & Williams, 1996).

Em termos de saúde mental, é recomendável explorar os antecedentes psicopatológicos no sentido de identificar problemas relativos a dependência de substâncias, perturbações depressivas ou de ansiedade, alterações graves da personalidade ou perturbações cognitivas acentuadas que contraindicam a implementação de determinados tratamentos (Paharia & Kase, 2008). A nível social, é importante dar atenção a determinadas questões, especialmente a aspetos conjugais/sexuais, antecedentes de aprendizagem e respetivas dificuldades, capacidades funcionais e sociais, historial de abusos, fatores stressores atuais, composição e responsividade da rede suporte social (Balsiger, Murr, Poggio & Sarr, 2000). Por fim em termos do tratamento propriamente dito, é crucial investigar o grau de motivação do paciente e as suas expetativas face ao processo e resultados da intervenção terapêutica. Muitos pacientes tendem a desenvolver estilos motivacionais desadequados e expetativas irrealistas acerca da perda de peso, acreditando mesmo que os seus problemas irão resolver-se por inteiro (Fettes & Williams, 1996). Por outro lado também existem pessoas que adotam uma posição passiva em todo o processo, não estando motivados para mudar hábitos de vida. Outras ainda evidenciam uma autoeficácia reduzida que as leva a não acreditar nas suas capacidades para perder peso e alterar o seu estilo de vida. Assim o papel dos profissionais de saúde passa por alterar estas expetativas desajustadas para outras mais realistas; motivar os pacientes e ajudá-los a compreender os benefícios e limitações do tratamento e a importância do seu papel ativo em todo o processo (Puzziferi, 2005).

### ***Tratamento***

No que diz respeito ao tratamento em particular, é importante destacar com veemência o papel indispensável do paciente em todo o processo terapêutico. Os doentes devem assumir as responsabilidades e comportarem-se como agentes ativos na gestão da sua doença (Kassier cit in Barros, 2003). Para tal o doente necessita de estar informado acerca da doença e do tratamento, porém este insight não chega. Para alterar comportamentos e estilos de vida disruptivos é fulcral que, para além da aprendizagem de competências, ele encare as mudanças comportamentais como significativas e que as percecionem como fruto da sua escolha pessoal. Esta capacidade de *empowerment* do sujeito requer também que os profissionais de saúde respeitem a sua competência para tomar decisões, as suas vontades e o seu papel ativo no processo de tratamento e monitorização da doença. (Silva, et al., 2006).

De acordo com o modelo de Prochaska e colaboradores, o processo de mudança comportamental, quer espontâneo quer por recomendação médica, requer a passagem por um conjunto de etapas fulcrais, como pré-contemplação, contemplação, ação, manutenção e prevenção de recaídas. Na primeira fase o sujeito ainda não sente o ímpeto de mudar os seus hábitos, dado que não detém informação suficiente e a sua perceção de autoeficácia é baixa.

Como tal adota uma posição defensiva e resistente a todas as pressões externas de mudança. (Assis & Nahas, 1999). Na fase da contemplação, o doente já começa a considerar a hipótese de mudança, realizando algum esforço nesse sentido. Já no patamar de ação, começa a implementar de forma consistente o plano de mudança delineado. Após esta fase é necessário consolidar o novo hábito adquirido, incorporando-o na rotina diária. É de mencionar que toda esta mudança requer um trabalho conjunto e cooperativo entre a equipa médica e o doente para que os resultados se revelem benéficos para a saúde (Ministério da Saúde, 2001). Por outro lado é de referir que este processo não termina na etapa ação, pois é recomendável manter os comportamentos salutareos a longo prazo, de modo a conservar um peso estável. Para tal é determinante que as pessoas tenham a consciência de que a prática de uma alimentação equilibrada e a atividade física regular acarreta benefícios tanto para a saúde física e mental (Grilo, 1996). Em termos de tratamento da obesidade propriamente dito pode dizer-se que existe uma diversidade de técnicas e métodos bastante diversificados, passando por intervenções de autoajuda e/ou em grupo, planos dietéticos e de exercício físico, intervenções comportamentais, terapias farmacológicas, tratamentos cirúrgicos, entre outros (Healthy People Library Project, 2006).

### *Métodos Não-Cirúrgicos*

Sendo a obesidade uma condição médica crónica de etiologia multidimensional, o seu tratamento abarca uma panóplia diversa de abordagens de primeira linha que envolve medidas não farmacológicas e medicamentosas, sendo que estas últimas só são implementadas quando as medidas não farmacológicas não são eficazes (Ministério da Saúde Brasileiro, 2008). Relativamente ao primeiro grupo de medidas, estas passam, numa fase embrionária, por sessões de psicoeducação assentes em três princípios: dieta, exercício físico e terapia comportamental (Lambert, et al. cit in Ministério da Saúde Brasileiro 2008). A base do tratamento dietético passa pela prescrição de um plano alimentar que favoreça a redução da ingestão energética, tendo em conta as necessidades nutricionais da pessoa (Halpern & Rodrigues, 2003), através da ingestão alimentar doseada, planeamento estruturado das refeições e estratégias de coping capazes de controlar o comportamento alimentar compulsivo (Grilo, 1996). Porém autores, como Halpern, Monegaglia e Beyruti (2004), referem que a grande limitação desta estratégia de perda de peso é que requer um enorme esforço em seguir diariamente as indicações prescritas, dado que estas alterações alimentares podem revelar-se difíceis de colocar em prática no dia-a-dia (Oliveira, 2006). Segundo Travado e colaboradores (2004), as recomendações nutricionais foram aceites com agrado por parte da amostra de pessoas obesas em estudo, apresentando um nível elevado de adesão. Relativamente aos géneros, uma pesquisa aponta que o género feminino tem maior cuidado ao nível do pequeno-almoço e na realização de *snacks* entre as refeições. Em contrapartida os homens tendem a não tomar a primeira refeição do dia e a saltar outras, predispondo-se para o ganho de peso (Bento, 2011). Já no que respeita ao exercício físico, os estudos indicam que as pessoas fisicamente ativas tendem a viver mais tempo (Bennett, 2002). A OMS recomenda

que, ao longo da vida, incrementem a atividade física regular, de intensidade moderada, durante pelo menos 30 minutos na maioria dos dias, dado que mantem um corpo saudável, fortalece a massa muscular e reduz o risco de aparecimento de situações oncológicas, doenças cardiovasculares, diabetes e cancro da mama (WHO, 2012a). Acelera o metabolismo, diminui a ansiedade, aumenta o senso de autoeficácia e a satisfação pessoal (Grilo, 1996).

Como forma de complementar estas iniciativas, há estudos que apontam que as terapias cognitivo-comportamentais se revelam úteis no auxílio dos pacientes na identificação e modificação de hábitos alimentares e de atividade física, na melhoria da imagem corporal e autoestima, reduzindo os sintomas psicopatológicos (Ministério da Saúde Brasileiro, 2008). Neste seguimento, existem autores que defendem que é fulcral atingir um ponto de equilíbrio entre as modificações inerentes ao tratamento da obesidade e o desenvolvimento de um senso de autoaceitação da imagem corporal para que a pessoa tenha motivação para encetar as mudanças necessárias. Esta harmonia possibilitará a perda de peso a curto prazo e a mudança de hábitos de vida e monitorização do peso a longo termo (Rose et al. cit in Wilson, 1996). Este tipo de terapêutica deve ainda englobar uma vertente de intervenção terapêutica destinada ao tratamento de perturbações emocionais, dado que as pessoas obesas tendem a evidenciar situações patológicas emocionais co mórbidas com a obesidade (Soares, 2009).

A intervenção cognitivo-comportamental envolve tanto técnicas comportamentais como cognitivas. Relativamente às primeiras, têm na base a análise funcional do paciente em termos de comportamento alimentar e exercício, dando destaque à identificação de antecedentes e consequentes do comportamento problemático, bem como atitudes e crenças (Grilo, 1996). Estas técnicas são frequentemente utilizadas com pacientes bastante deprimidos que requerem técnicas mais ativas no início do tratamento para mudar comportamentos e extrair as cognições subjacentes (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). No que concerne às técnicas cognitivas, o clínico deverá ensinar o paciente, através de competências de reavaliação e reestruturação do pensamento, a lidar com problemas, ajudando-o a pensar e agir de modo mais funcional e adaptativo (National Health & Medical Research Council, 2003). Neste âmbito é suposto identificar e testar as falsas conceções mal adaptativas, assim como explorar e discutir a sua lógica quanto à sua validade, criando pensamentos mais funcionais e comportamentos mais salutareos (Beck, et al., 1997). Outras metodologias cognitivo-comportamentais têm sido implementadas como o estabelecimento de objetivos realistas de perda de peso. Contudo nem sempre é funcional, pois as pessoas obesas tendem a rejeitar a ideia de perda gradual de peso, criando uma barreira cognitiva no alcance e manutenção desses objetivos realistas. Este fenómeno deve-se ao facto de elas estarem frequentemente imbuídas nos ideais estéticos que requerem uma perda drástica de peso (Brownell & Wadden cit in Wilson, 1996). Para superar esta limitação, é imprescindível reduzir o impacto que o peso tem na autoavaliação e autoestima do sujeito obeso, de modo a que ele aceite mais facilmente as metas realistas (Nozaki & Rossi, 2010). É importante

incrementar a autoaceitação e autoestima, de modo a neutralizar a sensação de autoprivação e frustração face à ausência de liberdade de escolha alimentar, facilitando assim a adesão terapêutica. Por outro lado, a melhoria da autoestima acarretará benefícios na adesão ao exercício físico, dado que os obesos apresentariam uma imagem corporal mais positiva, menor desconforto perante os outros e, conseqüentemente, maior motivação (Wilson, 1996).

A automonitorização e o registo diário dos alimentos ingeridos também são relevantes no sucesso terapêutico, dado que auxilia os médicos na identificação de erros alimentares, encetando estratégias mais saudáveis de autocontrolo (Perri & Corsica, 2003). Para além destas estratégias, as técnicas de gestão de stress revelam-se marcantes no tratamento de obesidade, dado que incide numa terapia simultânea das perturbações emocionais e perda de peso. A gestão salutar do stress pode ser considerada um aspeto importante no tratamento de estados emocionais disruptivos e prevenção da recaída, bem como no controlo na ingestão alimentar (National Health & Medical Research Council, 2003). Em suma, Soares (2002) ressalva a pertinência de uma abordagem holística no tratamento não cirúrgico da obesidade e das perturbações emocionais co mórbidas.

### *Métodos Cirúrgicos*

O tratamento torna-se pertinente quando o risco de permanecer obeso ultrapassa os riscos associados à cirurgia bariátrica (França, et al., 2011). Os pacientes devem estar cientes que a perda de peso envolve cuidado multidisciplinar, através da reeducação nutricional, atividade física regular e mudanças nos hábitos de vida (Portal da Saúde, 2005). De acordo com a Direção-Geral da Saúde, nos Centros de Tratamento de Obesidade, para além da cirurgia em si, oferecem a avaliação detalhada do doente, indicação dos procedimentos cirúrgicos, apoio nutricional e acompanhamento ambulatorio (Circular Normativa nº18/2008 de 11 de Agosto). Nesta lógica a cirurgia bariátrica é considerada um tratamento de segunda linha, surge como alternativa nos casos de obesidade mórbida onde as estratégias tradicionais de perda de peso não surtiram efeitos, pois 95% destas pessoas tendem a retomar o seu peso e por vezes até ultrapassá-lo em menos de dois anos. O método cirúrgico é considerado um dos tratamentos com maior eficácia no controlo de peso a longo prazo (Powers, et al., 2007) em indivíduos que padecem de obesidade tipo III, dado que facilita a diminuição e manutenção do peso, tal como a redução de comorbilidades associadas (Puzziferi, 2005). Esta cirurgia engloba um conjunto de técnicas cirúrgicas, as restritivas (que visam promover a saciedade, diminuindo a capacidade volumétrica do estômago) e as não-absortivas (que visam alterar a anatomia intestinal e estomacal para reduzir a capacidade de absorção nutricional), podendo haver a possibilidade de combinação destas técnicas (Swinburn, et al., 2004).

Mediante a Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade e Doenças Metabólicas - SPCO (2011), a banda gástrica é um método realizado por laparoscopia e que se caracteriza pela colocação de um anel à volta do estômago na parte mais alta, dando-lhe a forma de

ampulheta. A este anel está conectado um balão que se encontra ligado a um pequeno reservatório por baixo da pele do abdómen que permite encher e esvaziar a banda, provocando assim a redução ou aumento do estômago e, conseqüentemente, dificultando ou facilitando a passagem dos alimentos (National Health & Medical Research Council, 2003). Para além de manter o estômago intacto, as vantagens deste método são inúmeras, dado que a taxa de anemias subsequentes é quase inexistente, há a possibilidade de remoção da banda a qualquer altura, bem como de a adaptar, variando o grau de aperto, consoante as necessidades do paciente (SPCO, 2011). Apesar dos aspetos positivos, poderão surgir efeitos adversos imediatos (lesão no baço, infeção e perfuração esofágica e/ou gástrica), assim como complicações tardias (erosão gástrica, refluxo gastro-esofágico, vômitos persistentes, rotura da banda e aumento de peso associado ao abandono das consultas ou incumprimento das diretrizes alimentares) (Ali, Fuller, Choi & Wolfe, 2005). De acordo com a SPCO (2011), o balão intragástrico é considerado uma terapêutica endoscópica e não cirúrgica. É colocado no estômago temporariamente e tem como função provocar uma sensação de saciedade, pois o espaço onde ele será colocado não será ocupado por comida e, como tal, o consumo alimentar será menor. O tempo em que o balão fica colocado permite perder peso num curto espaço de tempo, motivando o paciente a adotar padrões alimentares mais salutar e a abandonar os hábitos disfuncionais antigos (Oliveira, 2006). Os autores Zilberstein, Neto & Ramos (2002) consideram que este pode ser uma alternativa para aqueles pacientes que, embora tenham indicação cirúrgica, não reúnem os requisitos clínicos necessários para serem, imediatamente, operados (National Health & Medical Research Council, 2003). Contudo esta terapêutica endoscópica, tal como outras, evidencia algumas desvantagens como vômitos contínuos, bem como perfuração e esvaziamento do balão, podendo desencadear uma oclusão intestinal (Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade e Doenças Metabólicas, 2011).

No que diz às técnicas não-absortivas, o *bypass* gástrico, mediante laparoscopia, visa reduzir a absorção intestinal dos alimentos, através da exclusão e diminuição do tamanho do estômago e do comprimento do duodeno, tornando o processo de absorção dos alimentos mais breve (Ministério da Saúde Brasileiro, 2008; Ali, et al., 2005). Este método está associado a uma melhoria da qualidade de vida e redução de peso, IMC, tensão arterial, colesterol e uso de medicação para doenças associadas à obesidade (Silva, et al., 2009), bem como diminuição da perturbação alimentar compulsiva periódica, dado que, em virtude da redução do espaço disponível, a ingestão de grandes quantidades de alimentos é bem menor. Em termos de controlo de apetite, o *bypass* gástrico potencia a sensação de saciedade e a diminuição de experiências de raiva que, anteriormente, conduziram os obesos a iniciarem o processo de ingestão alimentar (Wadden, et al., 2007). De acordo com a SPCO (2011), apesar do sucesso deste método cirúrgico, cerca de 10 a 20% dos casos apresentam complicações agudas como fistulas, sutura gastro-jejunal, hemorragias intra-abdominal/intestinal, pneumonia, obstrução intestinal aguda e infeção da parede. A longo prazo poderá surgir anemia, défices nutricionais e vitamínicos, osteoporose, úlceras na boca e situações de dumping precoce ou tardio

(National Health & Medical Research Council, 2003). Portanto para prevenir estes efeitos colaterais associados à restrição alimentar e reduzida absorção nutricional é fulcral uma monitorização constante onde o paciente é incentivado a cumprir a dieta prescrita, a frequentar as consultas de seguimento e a realizar exames periódicos (França, et al., 2011). Apesar destes sintomas, a banda gástrica tem apresentado bons resultados em termos de perda de peso. A maioria dos pacientes perde, em média, cerca de cinquenta quilos um ano após a cirurgia (Dias & cols. cit in França et al., 2011). Outra investigação concluiu que, após os 30 meses decorridos da cirurgia, a perda ponderal média foi de 3 quilos por mês, tendo perdido 51% do peso em seis meses (Junior cit in França, et al., 2011). Já os estudos a longo prazo indicam que os obesos tendem a aumentar cerca de 5 a 7 quilos após os dois primeiros anos, todavia mantêm a redução esperada de 50% do peso (Zilberstain, Neto & Ramos, 2002).

Todavia é de mencionar que, apesar dos benefícios, a cirurgia bariátrica desencadeia alguns problemas clínicos como perda de peso insuficiente, vômitos e síndrome de dumping. No âmbito da perda de peso, os pacientes tendem a perder cerca de 25 a 30% de peso com a banda gástrica e cerca de 20 a 25% com procedimentos restritivos nos dois primeiros anos. Porém cerca de 20% das pessoas submetidas a cirurgia não consegue atingir os objetivos de emagrecimento, chegando mesmo a desencadear aumento de peso nos anos subsequentes (Wadden et al., 2007). Já os vômitos surgem com maior intensidade nos primeiros meses após a cirurgia, porém podem persistir durante alguns anos. Estes estão associados a movimentos reflexivos ou autoinduzidos, podendo ser uma resposta a determinadas intolerâncias alimentares ou ingestão excessiva de alimentos (Kolanowski, 1997). A síndrome de dumping envolve sintomas, como náuseas, inchaço, desmaio e diarreia, associando-se ao consumo exagerado de alimentos ricos em açúcar (Paharia & Kase, 2008). Independentemente das técnicas, o método cirúrgico é considerado radical (Almeida, et al., 2012), dado que as mudanças são intensas e rápidas, promovendo modificações bruscas na imagem corporal (Franques cit in Almeida, et al., 2012) que podem não ser acompanhadas, de forma imediata, de mudanças psicológicas. Assim por vezes há pessoas que persistem com uma perceção de imagem corporal obesa, mesmo que já tenham perdido uma quantidade significativa de peso. Este aspeto de adaptação entre a conceção física e a psicológica exige uma lenta reestruturação perceptiva (Pruzinsky & Edgerdon, 1990, Tavares cit in Almeida, et al., 2012).

Devido à influência de variáveis psicológicas, emocionais e sociais no processo terapêutico, uma abordagem clínica, para obter ganhos ao nível do tratamento e manutenção do peso, deve ter em conta as variáveis biopsicossociais dos pacientes. Para tal é crucial uma equipa multidisciplinar que agregue profissionais provenientes de diversas áreas de especialidade, de modo a contribuir para melhorar o estado de saúde, qualidade de vida, bem-estar e satisfação dos doentes (Travado, et al., 2004). Assim a presença de uma equipa especializada na avaliação pré-operatória, na gestão das comorbilidades e nos cuidados pós-operatórios é um critério técnico fundamental para a realização da cirurgia bariátrica (Ministério da Saúde

Brasileiro, 2008). Faz então sentido uma avaliação psiquiátrica antes e após a cirurgia, de modo a que o funcionamento psicológico dos doentes seja monitorizado (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004). Para além da equipa multidisciplinar, o sucesso do processo bariátrico requer o empenho e a motivação do paciente no que concerne a modificações alimentares, comportamentais e de estilo de vida. Neste sentido, a motivação para o tratamento depende bastante do modo como cada pessoa constrói as significações e conceções da doença. Assim importa realçar que as variáveis psicossociais do obeso devem integrar o processo clínico, mediante a avaliação psicológica (Travado, et al., 2004).

Nesta linha, a literatura tem identificado a existência de alterações psicológicas não só por si impeditivas para a realização da cirurgia. Todavia devem ser consideradas no processo de tomada de decisão (Segal, 2003). No entanto, existem indicadores que apontam que alguns distúrbios psicológicos podem potenciar a ocorrência de complicações médicas no período pós-cirúrgico (Travado, et al., 2004). Em contrapartida outros autores (Gemert, Severeijns, Greve, Groenman & Soeters, 1998; Dixon & O'Brien, 2002) acreditam que ocorre uma melhoria da psicopatologia prévia no período pós-cirúrgico. Importa então fazer referência a alguns componentes psicológicos que, estando presentes, contraindicam para a cirurgia, sendo eles: psicose, alcoolismo, atraso mental que impossibilita a tomada de decisão e consentimento informado, assim como bulimia nervosa (Terra, 1997), pneumopatias graves, deficiência renal, lesões no miocárdio e cirrose hepática (Livingston, 2005). Outros aspetos que excluem as pessoas obesas da cirurgia passam por nunca terem estado inseridas num programa terapêutico de emagrecimento e falta de motivação e adesão terapêutica (Balsiger, et al., 2000). A nível psiquiátrico, há autores que defendem a contra-indicação para doentes com perturbações psiquiátricas de Eixo I (Segal & Fandiño, 2002). Apesar destes fatores evidenciarem grande consistência na literatura, o modo como são interpretados suscitam alguma controvérsia (Segal & Fandiño, 2002), pois uns encaram-nos como parâmetros irrefutáveis que contraindicam de modo absoluto a cirurgia, já outros encaram esses mesmos fatores como aspetos que podem ser alvo de tratamento antes da realização da operação bariátrica (Travado, et al., 2004). Apesar destas divergências, é observada uma preocupação dos profissionais no que diz respeito aos quadros psicológicos e psiquiátricos presentes na população obesa em tratamento, dado que se não forem tidos em conta poderão comprometer o prognóstico (Oliveira, 2006).

De acordo com o processo de seleção de candidatos, um obeso é encaminhado para a Avaliação Multidisciplinar de Tratamento de Obesidade quando: apresenta um IMC superior a 40Kg/m<sup>2</sup> ou superior a 35Kg/m<sup>2</sup> com patologia associada; historial de tentativas de perda de peso (Segal & Fandiño, 2002); idade entre os 18 e os 65 anos; histórico estável de obesidade por um período mínimo de dois anos; presença de um ano refratário ao tratamento; inexistência de patologia psiquiátrica ou toxicoddependência; assim como aceitação da obesidade como doença (Circular Normativa nº20/2008 de 13 de Agosto). Nesta linha, os

candidatos a cirurgia necessitam de compreender que as suas vidas vão mudar após a operação e que terão de implementar um conjunto de modificações alimentares no período pós-operatório. Assim na primeira semana terão de seguir uma dieta à base de alimentos líquidos e semilíquidos. Na seguinte já poderão incluir alimentos liquidificados/sem resíduos e nas subsequentes poderão iniciar uma dieta regrada (França, et al., 2011). Depois de cinco meses, todos os alimentos podem ser incluídos. A pessoa deverá ser capaz de escolher alimentos a seu gosto, mas ricos do ponto de vista nutricional (Moreira & Chiarello cit in França, et al., 2011). No período pós-operatório a longo prazo, revela-se fulcral reforçar novamente a importância de uma alimentação saudável, insistindo na ideia de mastigar lentamente, horários fixos para as refeições, comer em pequenas quantidades, ingerir frutas e vegetais e reduzir o consumo de gorduras e açúcares. Este reforço é essencial pois com o passar do tempo os indivíduos tendem a retomar os velhos hábitos alimentares, propiciando um aumento de peso (Moreira & Chiarello cit in França, et al., 2011). Em todas estas etapas, o papel do nutricionista é fundamental ao nível do processo de reeducação alimentar e motivação do paciente para a mudança (França, et al., 2011).

Para além das mudanças alimentares e de hábitos de vida, o período pós-cirúrgico acarreta modificações em termos psicológicos. A primeira fase após a intervenção é de grande alegria associada à perda de peso, desencadeando um aumento da autoestima e do funcionamento psicológico no geral. Na fase subsequente (muito associada ao terceiro mês), termina a fase de deslumbramento e o paciente inicia uma nova vida em termos sociais, interpessoais, familiares, afetivos, sexuais e profissionais à qual terá de se adaptar. Nesta fase o paciente pode passar por um período de confronto na qual constata que, apesar do emagrecimento, os problemas se mantêm, podendo então desenvolver alguns indicadores depressivos (Silva, & Costa, 2003). Já num terceiro momento que corresponde ao período entre o sexto e oitavo mês, a pessoa começa a ser o centro das atenções tanto no meio social como no familiar, uma vez que já reduziu cerca de 30% do seu peso, desencadeando uma grande euforia perante a sua imagem corporal renovada. Após um ano da cirurgia e com o peso um pouco mais estabilizado, muitos pacientes sentem-se insatisfeitos, pois desenvolveram expectativas referentes à imagem do seu novo corpo que não se concretizaram, sendo que é nesta fase que muitos deles procuram auxílio psicoterapêutico (Cavalcante, 2009). Os estudos indicam ainda que a diminuição significativa de peso é mais evidente no primeiro ano após a cirurgia, pois os pacientes tendem a perder, em média, 25 a 30% do seu peso (Sjostrom, Lindroos & Peltonen cit in Cavalcante, 2009). Já no período subsequente, o processo de emagrecimento torna-se mais lento e tende a estabilizar após dois anos, período após o qual alguns pacientes tendem a recuperar alguns quilos (Nozaki & Rossi, 2010). Mediante o estudo de Mendes & Pais-Ribeiro (2010), na população analisada verifica-se a presença de um IMC de 40,53Kg/m<sup>2</sup> numa primeira avaliação e 39,33 aos seis meses de tratamento. Para colmatar estes aspetos é fulcral que o doente esteja esclarecido/preparado antes da cirurgia, apresentando

expetativas realistas e recursos psicológicos adaptativos, de modo a obter ganhos terapêuticos na manutenção do peso (Paharia & Kase, 2008).

A perda de peso requer, para além da interação de fatores mecânicos (diminuição da ingestão de alimentos calóricos resultante da redução da capacidade gástrica) com fatores hormonais que desencadeiam o decréscimo do apetite (Repetto & Rizzoli cit in Almeida, et al., 2012), a reestruturação endógena, ao nível da identidade, objetivos, conceções morais, crenças, autoimagem e autoconceito. Estas mudanças estruturais também se desenvolvem ao nível do mundo exterior, dado que a pessoa, após a perda de peso, precisa construir uma nova relação com meio social envolvente, reorganizando a sua condição (Loli, 2000). Assim de acordo com o Portal da Saúde (2005) o emagrecimento fomenta a redução da taxa de mortalidade e a melhoria da qualidade de vida, sendo este último aspeto um dos objetivos finais do tratamento cirúrgico e uma das motivações para a sua submissão, estimulando os pacientes a aderir a um estilo de vida mais saudável e a manter um peso salutar. Importa salientar que a referida cirurgia revela resultados, quer negativos quer positivos, em termos psicoemocionais. Relativamente aos primeiros, destaca-se a crise de identidade, esforço para aceitar a mudança corporal, reaprendizagem alimentar, estabilidade na perda de peso e necessidade de uma constata monitorização na alimentação e no estilo de vida (Psychological Considerations of The Massive Weight Loss Patient, 2006). Relativamente aos aspetos positivos, salienta-se o aumento da autoestima, diminuição da avaliação negativa acerca da imagem corporal, progressos em termos do comportamento alimentar e melhoria da qualidade de vida. No caso da perceção da imagem corporal, dado que é um constructo subjetivo, quando o emagrecimento é abrupto tende a desencadear um certo desfasamento entre as mudanças físicas e a perceção mental delas, pois esta última é construída lentamente. Assim não é surpreendente dizer que a perda de peso pode não se traduzir no desenvolvimento imediato de uma autoperceção corporal positiva (Rosen, 1996).

A literatura aponta que é frequente o término abrupto do acompanhamento psicológico, em virtude de os pacientes desenvolverem ideias onipotentes de autonomia e independência decorrente da melhoria do estado de humor e autoconceito (Gleiser & Candemil, 2006). Outro autor refere que este abandono precoce pode associar-se à ideia de que a nova perceção de si próprio despoleta emoções agradáveis e entusiasmo, fazendo com que o paciente exclua os aspetos desagradáveis dessa perceção para evitar potenciais angústias (Pacheco, 2006). Neste âmbito faz sentido um tipo de intervenção pós-cirúrgica para ajudar as pessoas a construírem uma imagem de si mais realista (Grilo, 1996). Para tal pode recorrer-se a técnicas cognitivo-comportamentais para aumentar o autocontrolo, melhorar a autoestima, diminuir o sentimento de culpa e preocupação em torno da comida, bem como reduzir comportamentos de ingestão alimentar compulsiva, sintomas depressivos e falta de eficácia, construindo assim uma imagem pessoal mais salutar (Rosen, 1996). Neste sentido a avaliação psicológica revela-se decisiva em obesos no período pré-cirúrgico onde, mediante a concetualização do caso, se

seleciona os candidatos que melhor reúnem condições para assegurar a eficácia do tratamento (Travado, et al., 2004). Também no período posterior à cirurgia é pertinente esta avaliação, onde se avalia a sua adaptação aos novos hábitos alimentares e de vida, auxiliando a pessoa a lidar com as mudanças corporais e com as dificuldades do próprio tratamento (Silva, 2000). Os estudos indicam então que a intervenção cognitivo-comportamental se revela vantajosa na resolução de algumas problemáticas, como sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, comportamentos alimentares compulsivos, ingestão alimentar noturna, insatisfação corporal, entre outros (Wadden, et al., 2007). Esta monitorização por parte da psicologia possibilita avaliar e melhorar os recursos psicoemocionais, aumentar a motivação para o cumprimento das terapêuticas e estimular o desenvolvimento de expectativas realistas face ao tratamento e às implicações que acarreta no futuro (Oliveira, 2006).

## **1.5. Obesidade e Perturbações Emocionais**

A sintomatologia depressiva e ansiosa tende a estar presentes em doenças médicas crónicas que desencadeiam um elevado comprometimento pessoal, social e ocupacional (Telles-Correia & Barbosa, 2009). De forma mais específica, a depressão tem cerca de 15 a 61% de prevalência em pacientes portadores de patologias médicas (Nazroo, Edwards & Brown, 1997), influenciando negativamente o curso de distúrbios cardiovasculares, diabetes, HIV, cancro, transplantes (Telles-Correia & Barbosa, 2009). Já no que concerne à ansiedade, a sua prevalência em pessoas com doenças médicas é de cerca de 18 a 35.1% (Roy-Byrne, et al., 2008; Stark et al., 2002; McWilliams, Cox & Enns cit in Telles-Correia & Barbosa, 2009). A literatura tem também referido que as perturbações psicológicas estão bastante evidentes na população com obesidade mórbida que procura ajuda cirúrgica (Wadden et al., 2006), havendo evidências para acreditar que várias condições psiquiátricas estão correlacionadas com a morte de pacientes pós-cirúrgicos, sendo o suicídio a principal (Fandiño, et al., 2004).

De acordo com um estudo levado a cabo por Wadden et al. (2006), averiguou-se que a presença de sintomas depressivos era mais visível em mulheres com obesidade grau III do que naquelas de tipo I ou II. Percebeu-se igualmente que cerca de 25% padeciam de depressão relevante, antecedentes psiquiátricas, abuso sexual e físico, preocupações elevadas relativas ao estado de saúde físico e problemas financeiros. Um estudo de revisão, apesar de verificar que os obesos apresentam um funcionamento psicológico salutar, indica que no grupo de pessoas com obesidade extrema e no grupo de obesos com compulsão alimentar existe maior probabilidade de ocorrência de complicações emocionais no género feminino do que no masculino (Fabricatore & Wadden, 2003). Daí a necessidade de fazer o screening deste tipo de patologias neste universo populacional (Wadden et al., 2006), consciencializando os médicos para a pertinência de rastreios de perturbações de humor e ansiedade aquando da delimitação do tratamento de perda de peso (Soares, 2009).

Esta secção tem como intuito analisar o estado psicoemocional das pessoas que padecem de obesidade. Para tal é relevante perceber em que consiste as perturbações emocionais e a forma como estão presentes na população obesa. Assim pretende-se estudar a componente emocional das pessoas obesas, isto é perceber até que ponto a depressão/ansiedade está presente nesta população específica. Nesta linha, dado que a investigação ainda se encontra controversa, revelou-se crucial perspetivar duas posições teóricas, uma que defende que a depressão/ansiedade é considerada a causa da obesidade e a outra que postula que é uma consequência.

### ***Perturbações Emocionais e Obesidade***

Apesar dos estados psiquiátricos variarem bastante nas pessoas que procuram tratamento cirúrgico bariátrico (Wadden et al.,2001), a literatura está recheada de estudos que indicam que as que procuram ajuda terapêutica evidenciam maiores indicadores de perturbações emocionais do que aquelas que detêm um peso salutar. Os obesos, principalmente os de tipo III e que procuram tratamento, tendem a manifestar mais sintomas de perturbação *borderline*, perturbação compulsiva periódica e quadros depressivos graves (Black, et al., 1992). Foi averiguado então que, aquando da avaliação pré-bariátrica, cerca de 25 a 30% dos pacientes apresentavam sintomas depressivos, sendo que não foram encontrados dados concretos que associem a presença de estados psiquiátricos antes da cirurgia e perda de peso após a intervenção. Por outro lado também se verificou que 50% dos candidatos referem historial de perturbações de humor e mediadas pela (Wadden et al.,2001). Foi realizado um estudo que se propôs avaliar a psicopatologia em 100 pacientes submetidos a intervenção bariátrica há dezoito meses. Mediante o SCL 90, concluiu que 40% evidenciaram patologia psiquiátrica, mediante critérios do CID-10. Dessa percentagem, 75% manifestavam perturbações afetivas, 40% ansiedade, 25% perturbação alimentar e 5% dependência de álcool (Guisado, et al., 2002). Outro estudo verificou, igualmente, que 60% dos pacientes obesos de grau severo e que procuram tratamento bariátrico apresentavam alterações psiquiátricas de eixo I, especialmente de humor e mediada pela ansiedade (Sánchez et al., 2003).

Black e colaboradores (1992) obtiveram resultados semelhantes, dado que averiguaram que, em 108 obesos, 20% evidenciava depressão major, 23% abuso ou dependência de álcool, 41% disfunção psicosssexual, 48% dependência de tabaco, bem como 16% fobia, ansiedade generalizada e stress pós-traumático. Por outro lado, de acordo com um estudo transversal americano, Simon et al. (2006) constataram a existência de associações positivas entre obesidade e uma série de perturbações de humor (depressão major, perturbação bipolar) e transtornos medidos pela ansiedade (perturbação de pânico, agorafobia). Esta pesquisa concluiu que as perturbações emocionais contribuem de diferentes modos para o risco de obesidade. Reforçando a ideia anterior, estudos transversais e longitudinais postulam igualmente que a obesidade pode aumentar significativamente quer o risco de depressão quer o de ansiedade (Barry, Pietrzak & Petry, 2008; Scott, McGee, Wells & Browne, 2008; Simon et

al., 2006), tornando-se mais grave quando estão em comorbilidade (Rosik, 2005). A investigação tem sugerido que as mulheres com obesidade tipo III e que procuram tratamento cirúrgico tendem a manifestar níveis mais elevados de depressão, complicações psiquiátricas (como abuso físico e sexual) e maiores níveis de stress relativo à sua saúde física, comparativamente com aquelas que padecem de obesidade tipo I ou II (Wadden et al., 2006).

Relativamente à idade, a investigação aponta que, embora todas as faixas etárias sejam suscetíveis a estados depressivos e ansiógenos, as pessoas obesas mais novas tendem a mostrar maiores indicadores ansiógenos. Em contrapartida, as pessoas com mais idade evidenciam níveis mais elevados de depressão (Bento, 2011). Estes resultados vêm salientar outra investigação que relata que quanto mais idade a pessoa obesa tem, mais frágil é o seu estado emocional. Por outro lado níveis mais elevados de depressão tendem a estar presentes em obesos com escolaridade baixa, em contrapartida os de ansiedade estão mais presentes em indivíduos com um nível de escolaridade superior (Travado, et al., 2004). Por outro lado a literatura aponta que os obesos solteiros evidenciam maiores níveis de ansiedade e depressão, em comparação com os casados, salientando assim a importância do suporte social no impacto emocional dessas pessoas (Scott, et al., 2008).

### ***Conceção de Depressão e de Ansiedade***

Por definição, as perturbações emocionais implicam alterações emocionais e preocupações excessivas a longo prazo relativas a experiências dolorosas (Kaplan, Sadock & Grebb, 2006). Estas tendem a potenciar o grau em que os sujeitos estão atentos aos acontecimentos stressantes, a aumentar as consequências desses fenómenos no funcionamento cognitivo e a aumentar a capacidade de recordação desses acontecimentos. Inversamente também se pode pensar que as preocupações emocionais exageradas podem associar-se ao facto de os acontecimentos indutores de stress terem maior impacto nas pessoas com perturbações emocionais do que nas outras (Williams, Watts, Macleod & Mathews, 2000).

A conceção de depressão é associada, num sentido lato, às palavras tristeza, melancolia, abatimento, que desencadeiam não só sintomas psíquicos (desinteresse, despersonalização, ansiedade e ideias de suicídio), mas também somáticos (dores, agitação, insónia, cefaleias, tonturas, inibição, fadiga, alteração do apetite ou do funcionamento digestivo, manifestações dermatológicas e neurovegetativas) (Kaplan, et al., 2006). De acordo com o DSM-IV-TR (2002), a Perturbação Depressiva Major é caracterizada por um período de pelo menos duas semanas na qual a pessoa evidencia humor depressivo e tristeza durante a maior parte do dia, quase todos os dias e/ou acompanhado de diminuição evidente do interesse/prazer em todas ou quase todas as atividades anteriormente prazerosas. Estes aspetos podem fazer-se acompanhar pelo aumento/perda de peso, insónia/hipersónia, agitação/lentificação psicomotora, fadiga, anedonia, perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpabilidade excessiva ou inapropriada, dificuldades de concentração e de tomada de

decisão, assim como pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação ou tentativa de suicídio. Desencadeia mal-estar clinicamente significativo ou comprometimento do funcionamento social, ocupacional, ou noutras áreas importantes. Em termos de prognóstico, a gravidade da depressão depende da intensidade da tristeza e dos sentimentos de culpabilidade, da presença de alterações da personalidade, perturbações mediadas pela ansiedade, comportamentos aditivos, bem como do risco de suicídio. Em contrapartida o prognóstico torna-se mais favorável quando a perturbação depressiva tem um caráter agudo e está relacionada com um acontecimento de vida, ausência de antecedentes psiquiátricos, bem como quando o tratamento é implementado numa fase inicial (Braconnier, 2007).

Já no âmbito da ansiedade, é considerada uma manifestação emocional que é acompanhada por mal-estar, apreensão, preocupação, expectativa desagradável, inquietude e desamparo (Pereira, 2004), sendo considerada um mecanismo de adaptação do organismo a situações de stress e tensão. Todavia a ansiedade não tem de ser entendida como algo à partida negativo, uma vez que pode ser adaptativa quando a sua expressão é leve, permitindo focalizar a atenção do sujeito na tarefa, melhorar a sua performance, ativar o sistema de alerta face a ameaças, contribuindo para a maturação adequada da sua personalidade. Torna-se patológica quando as manifestações são qualitativa e quantitativamente mais severas, dado que dificulta o processo de adaptação, prejudica o desempenho e compromete o funcionamento do sujeito a diversos níveis (Kaplan, et al., 2006). Segundo o DSM-IV-TR (2002), a perturbação de humor mediada pela ansiedade pode ser entendida como uma preocupação exagerada durante mais de metade dos dias, durante pelo menos seis meses. Faz-se acompanhar por alguns dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo, tensão interior e muscular, fadiga fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, assim como perturbações no sono. A evolução de quadros clínicos de ansiedade é marcada por momentos ora de remissão ora de exacerbação de sintomas. O prognóstico torna-se mais reservado quando surgem complicações recorrentes da tentativa desesperada de controlar os sintomas (farmacologia e/ou comportamentos alcoólicos secundários e de abuso de estupefacientes) e situações comórbidas (Kaplan, et al., 2006). Em termos de tratamento, quer no caso da depressão quer na ansiedade, existe um conjunto eclético de abordagens terapêuticas que, de forma multidisciplinar, contribuem para a melhoria significativa dos sintomas e para a resolução satisfatória da problemática. Estas intervenções podem passar por uma vertente farmacológica (antidepressivos e ansiolíticos) com vista a reduzir alguns indicadores sintomáticos disfuncionais, incrementando alguma estabilidade psicoemocional ao paciente. Conjuntamente, a psicoterapia desempenha um papel fulcral neste tratamento, sendo a terapia cognitivo-comportamental a mais utilizada (Guerra & Calil, 2004).

### ***Obesidade e Depressão***

Compreender a associação entre obesidade e depressão pode ser complexa, dado que os resultados das pesquisas são inconsistentes (Friedman & Brownell, 1995). Algumas

encontraram evidências que associem estas duas variáveis (Roberts, Deleger, Strawbriedge & Kaplan, 2003), em contrapartida outros estudos não (Faubel cit in Soares, 2009). Apesar desta discrepância, uma revisão de quinze investigações constatou o predomínio de distúrbios mentais na população obesa, isto é os resultados apontam para valores entre 4 e os 80% de prevalência de depressão e entre 15 a 83% de distúrbios de personalidade (Black, et al., 1992). De acordo com a investigação de Fabricatore, Wadden, Sarwer & Faith (2005), a contribuição do IMC para o desenvolvimento de depressão não foi significativa. Todavia a fraca qualidade de vida associada à obesidade potencializa, segundo os resultados, o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, dado que o comprometimento psicológico está relacionado com a precária saúde geral dos obesos. Uma outra pesquisa verificou que, apesar da perda de peso contribuir para a melhoria do estado de humor, quando há a presença de depressão major ou outras psicopatologias, os resultados após a cirurgia não se revelam satisfatórios, podendo mesmo ocorrer complicações médicas. Assim é crucial uma intervenção psiquiátrica prévia, dado que não é exetável que a perda de peso resolva os problemas significativos de saúde mental (Herpertz, Kielmann, Wolf, Hebebrand & Sent, 2004). Outra pesquisa concluiu que o grupo de obesidade apresentava maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos (em especial nas mulheres), comparativamente com os restantes grupos estudados - pessoas não obesas e com outras condições crónicas (Sullivan et al. cit in Segal, et al., 2002). Assim concluiu-se que a probabilidade de diagnóstico de depressão aumentava com o IMC e com outras condições crónicas (Dong, Sanchez & Prince, 2004).

No que diz respeito ao género, tanto os homens como as mulheres tendem a revelar sintomas leves de depressão (Cunha cit in Almeida, et al., 2011). Contudo um estudo de revisão veio novamente comprovar que existe maior probabilidade de se manifestar ansiedade e depressão em mulheres obesas do que em homens (Almeida, et al., 2011), particularmente no caso de obesidade mórbida e compulsão alimentar (Fabricatore & Wadden, 2003). Assim pode dizer-se que existem evidências para acreditar na correlação entre o peso corporal e a depressão, com maior expressão no género feminino (Istvan et al. cit in Segal, et al., 2002). Com intuito de avaliar a intensidade da depressão na população obesa, uma investigação constatou que mais de metade dos participantes (57,08%) manifestavam alguns indicadores de depressão, sendo mais evidente no género feminino (61%), comparativamente com o masculino (46%). Das mulheres avaliadas, 39% não padeciam de níveis depressivos, 36% depressão leve, 22% moderada e 3% depressão grave. Relativamente ao universo masculino, 54% dos homens não revelaram sintomas depressivos, 28% evidenciava depressão leve, 14% moderada e apenas 4% depressão severa. No que respeita à medicação antidepressiva, averiguou-se que 19% das pessoas avaliadas estava medicada com antidepressivos (15% mulheres e 4% homens) (Franques & Ascencio, 2006). Em moldes semelhantes, Dixon, Dixon, & O'Brien (2003) propuseram-se estudar os níveis de depressão em pessoas com obesidade tipo III antes e depois da cirurgia. Concluíram então que obesos em estádios avançados, em particular as mulheres e com imagem corporal deficitária, estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de

depressão. Averiguaram ainda que a perda de peso se coaduna com a diminuição significativa dos níveis depressivos, levando os investigadores a acreditar que a obesidade severa despoleta ou agrava a sintomatologia depressiva.

Restringindo ao universo feminino, foi realizado um estudo que pretendeu avaliar a imagem corporal em mulheres obesas de grau III, comparando-as com não obesas. Os autores aferiram que as mulheres portadoras de obesidade manifestam dificuldades de expressão das suas vivências corporais, indicando sentimentos de inferioridade, preocupação com o corpo, assim como sintomas de nervosismo, desânimo, tristeza e infelicidade, comparativamente com mulheres com peso normal. Estes sentimentos e sintomas disruptivos resultam provavelmente do excesso de gordura corporal, bem como das tentativas sem sucesso de perda de peso (Almeida, Loureiro & Santos, 2002). Esta maior expressão no género feminino pode dever-se ao facto de, em virtude de quererem perder muito mais peso do que os homens, antecipam o processo de emagrecimento como difícil, mesmo com recurso à cirurgia, o que potencia o surgimento de sintomas depressivos. Outro aspeto evidenciado é a pressão social exercida sobre as mulheres no sentido de se enquadrarem nos padrões de beleza vigentes e a excessiva valorização social da aparência externa. Estes fatores poderão desencadear/agravar a insatisfação corporal e, conseqüentemente, os estados depressivos (Almeida, et al., 2011).

Relativamente à vertente profissional, estudos apontam que a maioria dos pacientes (51,4%) propostos para cirurgia encontram-se empregados numa atividade remunerada (Almeida et al., 2011). Porém outras investigações apontam para um baixo nível de empregabilidade (Velcu, et al. cit in Almeida et al., 2011) que pode ser explicado não só através das limitações físicas associadas à obesidade, mas também aos constrangimentos internos. Estas conceções conduzem as pessoas obesas a desvalorizarem as suas habilidades cognitivas, físicas, sociais e psicológicas que lhes permitem gerir a ansiedade e contrariar a discriminação social (Scott, et al., 2008). Apesar da desconcórdia expressa na literatura, um aspeto é comum, existe maior prevalência de sintomas depressivos e ansiógenos na população obesa desempregada, comparativamente com a que detém atividade profissional. O fato de estar empregado potencia a autoestima, o senso de autoconfiança, a resiliência e os recursos emocionais, sendo um fator protetor na recuperação cirúrgica (Almeida et al., 2011).

Com o intuito de compreender a associação entre depressão e obesidade, uma investigação concluiu que cerca de 25 a 30% dos pacientes revelam sintomas de depressão significativos aquando da avaliação psicológica para cirurgia (Wadden et al., 2006). Nesta linha, outro estudo que se desenrolou ao longo de vinte anos postulou que os quadros depressivos podem fomentar os padrões de peso, isto é sujeitos com IMC elevado e quadros depressivos demonstram maior probabilidade de ganho de peso ao longo do tempo (Barefoot et al. cit in Segal, et al., 2002). Porém existe uma grande controvérsia em termos da gravidade da depressão na obesidade, porque uns autores defendem que os obesos revelam sintomas leves (Franques & Ascencio, 2006) e outros que manifestam sintomas graves (Matos, et al., 2002).

No que concerne ao estado civil, a literatura não encontrou, até ao momento, diferenças estatisticamente significativas (Almeida, et al., 2011).

Relativamente à prevalência de sintomatologia depressiva no pré e pós-operatório, Dixon e colaboradores (2003) constataram que a maioria dos obesos estudados (53%) evidenciou elevada prevalência de sintomas depressivos, sendo que os piores resultados foram associados a jovens, mulheres e pessoas com uma imagem corporal insatisfatória. Já na fase pós-operatória, foi evidente a diminuição significativa da prevalência, em especial em mulheres, jovens e pessoas com maior excesso de peso. Estes factos permitem levantar a hipótese de que a obesidade grave ou com condições associadas podem causar ou agravar a depressão. Um outro estudo propôs-se apurar a prevalência de sintomas depressivos em quatro grupos de análise submetidos a cirurgia bariátrica bypass. Os autores observaram que o grupo pré-cirúrgico apresentou maior incidência de depressão (17,8), sendo que os grupos pós-cirúrgicos apresentaram melhores resultados, mais especificamente o de duas a quatro semanas (11.9), seis meses (6,0) e um ano após a intervenção (5,4). Como se pode depreender, o efeito da cirurgia tem impacto na diminuição da prevalência de depressão (Dymek, Grange, Neven & Alverdy, 2002). Soares (2009) também averiguou que os candidatos a cirurgia bariátrica apresentaram elevados sintomas de depressão, comparativamente com aqueles que já tinham sido submetidos até há seis meses. Estes elevados níveis podem dever-se à consciencialização do carácter limitador do peso excessivo. Todavia após a cirurgia, dado que assumem um papel ativo no processo de mudança e de perda de peso, os doentes demonstram uma diminuição da sintomatologia depressiva e problemas subjacentes (Dymek, et al., 2002).

### ***Depressão: Causa ou Consequência da Obesidade?***

A relação entre obesidade e depressão é uma dicotomia que ainda é controversa na sociedade científica, pois uns acreditam que a depressão é a causa da obesidade e outros postulam o oposto (Soares, 2009). O que é certo é que a perturbação depressiva major, perturbação bipolar I e II, bem como a distímica são das perturbações de humor mais descritas como estando relacionadas com a obesidade (Simon et al., 2006). Surge então a questão: a depressão é considerada a causa ou a consequência da obesidade?

Numa primeira fase o enfoque irá incidir na ideia de que a presença de depressão fomenta o desenvolvimento de obesidade. Antes de mais é de referir que há autores que defendem que alguns aspetos que normalmente surgem associados a perturbações depressivas como ingestão compulsiva, inatividade física e a medição podem conduzir à obesidade (Barry, et al., 2008; Simon, et al., 2006; Markowitz, et al., 2008). Apesar dos escassos estudos que se debrucem nos fatores de risco e mecanismos causais entre a depressão e obesidade, existem alguns dados que sugerem que as pessoas deprimidas apresentam um maior risco de desenvolver obesidade numa fase posterior. De forma mais específica, há indicadores que apontam que a presença de psicopatologias em crianças pode relacionar-se com o aumento da probabilidade

de virem a ter obesidade na idade adulta (Markowitz, et al., 2008). Neste âmbito surgiu uma investigação que constatou que crianças com perturbação depressiva Major apresentam IMC superior às outras que não padeciam deste transtorno quando avaliadas na idade adulta. Este estudo sugere que a depressão na infância está positivamente associada a um IMC elevado na idade adulta (Pine, Goldstein, Wolk & Weissman, 2001), podendo esta relação ser mediada pelo género sexual da pessoa (Markowitz, et al., 2008). Esmiuçando um pouco mais esta variável, Richardson et al. (2003) averiguaram que raparigas deprimidas no final da adolescência tinham duas vezes mais probabilidade de desenvolver obesidade na idade adulta, comparativamente com outras sem sintomas depressivos. Por outro lado estes autores observaram que quando maior o número de episódios depressivos durante a adolescência, maior o risco de obesidade na idade adulta. Porém estas observações não foram encontradas quer nos rapazes no fim da adolescência, quer nos rapazes ou raparigas no início da idade adulta.

Neste âmbito, outros estudos reafirmam que a depressão pode potenciar a obesidade, dado que o aumento de apetite e consequente ganho de peso pode surgir associado a esta perturbação, permanecendo esta tendência entre episódios depressivos (Simon et al., 2006). A ingestão compulsiva pode, igualmente, ser um fator de risco (Friedman & Brownell, 1995) e um mecanismo mediante o qual a depressão aumenta o risco de obesidade (Markowitz, et al., 2008), dado que é encarada como uma estratégia de coping primária de regulação emocional em pessoas deprimidas (Chua, Touyz & Hill, 2004). De modo mais específico, há estudos que apontam que o humor depressivo desencadeia episódios compulsivos alimentares nas mulheres obesas (Arnold, Kenardy & Agras, 1995) que procuram tratamento para o excesso de peso (Masheb & Grilo, 2006). Assim existem investigadores que defendem a visão bidirecional entre depressão e obesidade, sendo a ingestão compulsiva um fator mediador (Friedman & Brownell, 1995; Markowitz, et al., 2008). Por último, é razoável mencionar que a farmacologia para a depressão e ansiedade, as substâncias psicoativas (inibidores seletivos de recaptção de serotonina e lítio), os antipsicóticos e os anticonvulsivos estão frequentemente relacionados com o ganho de peso (Simon et al., 2006).

Para além destas conceções, é importante demonstrar um pouco melhor a perspetiva daqueles autores que postulam que a depressão pode ser uma das consequências da obesidade. Torna-se fulcral perceber quais os mecanismos que a literatura tem vindo a identificar que medeiam a relação obesidade-depressão. Um dos mecanismos apontados é o estigma associado à obesidade que pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Markowitz, et al., 2008; Simon et al., 2006; Friedman & Brownell, 1995), isto é o facto de ser alvo de discriminação e maus-tratos (real ou percebido) continuamente pode desencadear baixa autoestima e, consequentemente, um agravamento do estado emocional, potenciando o surgimento de sintomatologia depressiva (Soares, 2009). Outro aspeto que medeia a relação depressão-obesidade passa pela insatisfação com a imagem corporal (Friedman & Brownell, 1995), potenciando a baixa autoestima e, subseqüentemente, a

depressão. Há parte desta questão, a incapacidade física e o aumento de doenças crônicas também pode explicar o motivo pela qual a obesidade contribui para o desenvolvimento da depressão, sendo igualmente um entrave para a prática de exercício físico (Soares, 2009). Por outro lado o facto de, apesar dos esforços encetados, as tentativas de perda de peso falharem pode conduzir os sujeitos a acreditar que foram mal sucessivos, fomentando sentimentos de frustração e fracasso, bem como estados depressivos (Markowitz, et al., 2008). Tendo em conta o modelo cognitivo de depressão de Clark e Beck, Hrabosky & Thomas (2008), os obesos que desenvolvem esquemas cognitivos disfuncionais particulares (defeito ou incompetência), podem evidenciar um risco aumentado de apresentar sintomas depressivos como resposta a acontecimentos ativadores específicos. Para agravar este panorama, apresentam uma tendência ruminatória acerca da sua vida ou aparência física como resposta a repetidas falhas no processo de emagrecimento, centrando a sua atenção apenas nas consequências do mal-estar psicológico e não no planeamento ou resolução das problemáticas.

Markowitz e colaboradores (2008) apontam que a obesidade potencia o desenvolvimento de depressão, em contrapartida, outros estudos sugerem que os tratamentos de perda de peso melhoram o estado de humor. Contudo esta relação pode não estar apenas relacionada com a perda de peso. Neste sentido estes investigadores propuseram um modelo teórico bidirecional da obesidade e depressão, ressaltando a importância de outras variáveis como mecanismos comportamentais, cognitivos, fisiológicos tal como apoio social, habilidades de gestão de stress e exercício físico que poderão mediar esta relação recíproca. Estes mesmos autores identificaram possíveis fatores de risco de comorbilidade entre obesidade e depressão, designadamente obesidade grave, género feminino e estatuto socioeconómico elevado. Segundo Friedman & Brownell (1995), esta variabilidade de conclusões e a dificuldade de retirar elações acerca da relação entre obesidade e um fator psicológico como a depressão está bastante correlacionada com a diversidade de metodologias e medidas de saúde mental adotadas, com a complexidade e heterogeneidade psicossocial das populações obesas em estudo, bem como com variáveis (idade, sexo, estatuto socioeconómico e etnia) que são consideradas e que medeiam a relação entre a obesidade e as perturbações mentais. Estes mesmos autores concluíram que poderá existir múltiplas relações entre estes construtos, enfatizando a necessidade de se procederem a investigações com desenhos de estudo mais rigorosos e com estratégias analíticas que facilitem o estabelecimento de ligações causais.

Em suma, pode averiguar-se que a obesidade e depressão evidenciam uma relação de causalidade, revelando-se até bidirecional (Simon et al., 2006), onde a presença de ambas compromete negativamente a vida do sujeito nos diversos níveis (Markowitz, et al., 2008). Nesta linha é imperativo encetar um tratamento adequado a cada condição clínica, de forma a minimizar o seu impacto. Para o tratamento da depressão será importante, mediante a terapia cognitivo-comportamental, dotar as pessoas de estratégias para lidar com os potenciais retrocessos, desconstrução de pensamentos disruptivos e planeamento atempado

de situações exigentes e difíceis. Por outro lado seria importante envolver as pessoas em atividades que lhe forneçam uma sensação de domínio. Por sua vez, no diz respeito à obesidade, revela-se útil fornecer aos obesos habilidades que os auxiliem na escolha de alternativas alimentares mais saudáveis, incentivando-os à prática desportiva, de modo a facilitar a perda de peso e a gestão do stress (Soares, 2009). Neste processo de tratamento a posição da equipa médica é fundamental, motivando os pacientes a colocar em prática tudo aquilo que lhe foi transmitido, nomeadamente técnicas de gestão de stress, prática de atividade física e implemento de estilos de vida mais salutareos (Markowitz, et al., 2008).

### ***Obesidade e Ansiedade***

Antes de mais é importante referir que, embora as perturbações de ansiedade sejam observadas com regularidade, ainda são, hoje em dia, subdiagnosticadas (Frances & Ross, 2004). A literatura aponta que a fobia social, fobia específica, perturbação de stress pós-traumático, perturbações de pânico com ou sem agorafobia são as principais psicopatologias de ansiedade relacionadas com a obesidade (Scott, et al, 2008). Apesar de demonstrar resultados inconsistentes entre a associação entre ansiedade e IMC, a comunidade científica afirma que podem beneficiar de uma relação causal de cariz bidirecional (Simon et al., 2006). Nesta lógica outro estudo aponta que a obesidade está associada ao aumento significativo do diagnóstico de perturbação de pânico e agorafobia (Simon et al., 2006). Em sintonia com estas conclusões, outra pesquisa identificou uma relação positiva entre obesidade e ocorrência de ataques de pânico, fobia social e perturbação de ansiedade ao longo da vida. Foi encontrado, igualmente, na população obesa estudada, uma maior tendência para *distress* psicológico e fobia social com maior predominância nas mulheres, podendo este resultado ser explicado de duas formas: pelo facto de o peso apresentar uma elevada importância na identidade da mulher ou então pelo facto de a mulher internalizar, excessivamente, o estigma da obesidade presente na sociedade ocidental (Mather, Cox, Enns & Sareen, 2009). Outro estudo que teve como intuito indagar, numa amostra do género feminino, a associação entre a perturbação psiquiátrica e o peso, apurou que as mulheres obesas sofrem com mais frequência de perturbações mediada pela ansiedade do que outras que não padecem de excesso de peso (Becker, Margraf, Turke, Soeder & Neumer, 2001).

A ansiedade é considerada um sintoma comum no universo das pessoas obesas (Mazzoni, et al. cit in Cavalcante, 2009), sendo que tende a diminuir após a cirurgia, na medida em que, nesse período, o paciente é acompanhado por uma equipa multidisciplinar que lhe fornece tratamento ao nível nutricional, psicológico e médico, bem como outros recursos importantes. Este suporte reforça o senso de segurança, diminuindo os níveis ansiosos. Todavia há estudos que indicam o oposto, ou seja, revelam a presença de níveis moderados de ansiedade após a cirurgia, podendo correlacionar-se com as mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida (Cavalcante, 2009). Esmiuçando um pouco mais a dimensão cirúrgica, verificou-se que seis meses após a intervenção, para além da perda de peso

significativa, os sujeitos evidenciavam melhorias ao nível da ansiedade e depressão (Kinsey, Neves, Soulsby & Taylor, 1996). Nesta lógica, outra pesquisa propôs-se avaliar as alterações do estado de humor e ansiedade após a cirurgia bariátrica. Esta investigação englobou um grupo de controlo que foi submetido a métodos tradicionais de perda de peso. Averiguou-se então que, no primeiro ano, tanto os níveis de depressão como os de ansiedade diminuíram significativamente no grupo de pacientes cirúrgicos, comparativamente com o de controlo. Entre o segundo e o quarto ano após a intervenção bariátrica, os níveis de depressão e ansiedade tenderam a aumentar ligeiramente, sendo que a quantidade de peso perdido mais significativa está bastante associada à melhoria dos sintomas psicoemocionais. A pesquisa verificou ainda que antes da cirurgia 21% da amostra apresentava ansiedade de moderada a grave e dois anos após a cirurgia esta percentagem diminuiu (11%). Em termos genéricos, os resultados sugerem que a perda de peso desencadeia mudanças positivas em termos emocionais (Karlsson, Sjostrom & Sullivan, 1998).

Seguindo estas conclusões, Rosik (2005) acredita que os candidatos a cirurgia bariátrica evidenciam, frequentemente, sintomatologia psiquiátrica, onde as perturbações de ansiedade como obsessivo-compulsiva e a fobia social apresentam maior expressão, sendo que esta última poderá estar associada ao estigma social da obesidade. Após a cirurgia e a perda significativa de peso, estes indivíduos tendem a manifestar menos níveis de sintomatologia, particularmente somatização, hipocondrismo, fobia social e compulsão alimentar (Rosik, 2005). Apesar de acreditarem que os sintomas ansiógenos tendem a diminuir com a operação, outros autores referem que o processo de adaptação às mudanças pós-cirúrgicas inerentes ao funcionamento físico, mental e social e à perda de peso subjacente também podem despoletar ansiedade, dado o stress que acarretam. Compete à equipa médica sensibilizar o paciente para as mudanças que irão ocorrer nas diversas vertentes da vida após a cirurgia, para que ele se prepare e desenvolva recursos nesse sentido (Dymek, et al., 2002).

Porém há quem defenda a presença de níveis baixos de ansiedade em sujeitos candidatos à cirurgia bariátrica, podendo ser explicado pelo facto de essas pessoas encararem a cirurgia como o método de “cura” da sua doença, não se preocupando em demasia com a perda de peso. Apenas se limitam a cumprir as orientações médicas, mantendo a expectativa que, com o tempo, os efeitos cirúrgicos irão surgir e que a cirurgia permitirá uma manutenção definitiva do peso (Cavalcante, 2009). Uma outra explicação foi sugerida por Dymek e colaboradores (2002) e passa pela ideia de que estes indivíduos, como já padecem de obesidade há longos anos, conseguiram adaptar-se psicologicamente às suas limitações físicas, emocionais e sociais, criando estratégias de *coping* que lhes permitiram minimizar os efeitos da ansiedade. Embora a literatura aponte para a existência de uma relação entre obesidade e ansiedade, uma equipa de investigadores postulam que talvez não seja a obesidade em si que despoleta níveis ansiógenos, mas sim as problemáticas que surgem associadas, especialmente ao nível da saúde física, escassez de exercício físico, fraco apoio

social, níveis baixos de instrução e problemas financeiros. Assim concluem que a perda de peso pode ajudar, de modo indireto, a reverter os sintomas de ansiedade e stress, através da melhoria do estado de saúde e de outras complicações associadas (Jorm et al., 2003). Apesar de a investigação apontar para a existência de uma associação positiva entre ansiedade e IMC, estudos sobre os tratamentos para perda de peso sugerem que estes melhoram a sintomatologia ansiógena. Contudo esta relação pode não estar apenas relacionada com o processo de emagrecimento em si, sendo fulcral considerar outras variáveis como a participação ativa do sujeito no processo terapêutico (Markowitz, et al., 2008).

### ***Ansiedade: Causa ou Consequência da Obesidade?***

Apesar dos escassos estudos empíricos que esmiucem os fatores de risco e mecanismos causais que podem conduzir pessoas ansiosas a estados de obesidade, existem alguns que apontam que a sintomatologia ansiógena aumenta o risco de desenvolver obesidade. Neste âmbito e fazendo um enfoque mais específico no género sexual, um estudo constatou que as perturbações de ansiedade e depressão estão presentes em mulheres com um elevado IMC, enquanto nos homens isso já não se verifica, sugerindo então que as perturbações ansiógenas não influenciam o peso dos homens. Portanto pode então dizer-se que o tratamento da ansiedade deverá fazer parte do processo preventivo da obesidade, especialmente no caso das mulheres (Anderson, Cohen, Naumova & Must, 2006). Neste sentido, outro estudo verificou que mulheres com obesidade em nível III tinham ansiedade de traço ou estado acima do esperado. Verificou-se, porém, que 55% das participantes apresentavam indicadores de ansiedade abaixo do normal. Apenas 20% apresentava indicadores de ansiedade de estado, podendo esta percentagem ser explicada pela diversidade de reações físicas que a ansiedade despoleta. Por outras palavras, quando as pessoas obesas estão ansiosas procuram na comida um sentido de conforto, de forma a reduzir os sintomas ansiógenos, potenciando o aumento de peso. Todavia os níveis de ansiedade podem apresentar-se baixos/ impercetíveis, dado que a obesidade pode camuflar alguns sintomas (Capitão & Tello, 2002). Em jeito de remate final, as investigações transversais confirmam a relação obesidade-ansiedade, sendo complementadas por estudos de intervenção que postulam que a participação em tratamentos de perda de peso traduz-se na melhoria dos sintomas ansiosos. Porém a comunidade científica ainda diverge um pouco, dado que uns defendem que a obesidade contribui para estados ansiógenos, em contrapartida outros postulam o oposto (Soares, 2009).

Relativamente à primeira hipótese, os defensores da ideia de obesidade como causa da ansiedade acreditam que as consequências sociais da obesidade, como o estigma social, potencializam o decréscimo do bem-estar mental, fomentando consequentemente o desenvolvimento de distúrbios de ansiedade (Rosik, 2005; Simon et al., 2006). Este preconceito social em relação à obesidade, mais visível no género feminino, tende a desencadear o desenvolvimento de fobia social, pois as mulheres têm a expectativa, muito mais que os homens, de que vão ser negativamente avaliadas mediante o seu peso (Barry, et

al., 2008). Em contrapartida, os seguidores da ideia de que a ansiedade causa obesidade, indicam que a ansiedade é uma emoção negativa que fomenta o ato de comer (ingestão emocional), estando associada a um aumento do consumo alimentar nos obesos, comparativamente com pessoas de peso normativo (Ganley cit in Soares, 2009). Através desta constatação, outros investigadores apuraram que a perda de controlo alimentar relacionava-se com elevados níveis ansiógenos, dado que as pessoas com excesso de peso que apresentam sintomas de ansiedade encaram a ingestão compulsiva alimentar como um mecanismo de controlo das suas emoções negativas. Outro aspeto que pode relacionar as perturbações de ansiedade com o ganho de peso passa pela farmacologia utilizada no tratamento deste distúrbio psiquiátrico (Goossens, Braet, Vlierberghe & Mels, 2009). Pode concluir-se então que existe uma associação positiva entre obesidade e outras perturbações emocionais que compromete negativamente o funcionamento psicossocial do sujeito. Assim, aquando do tratamento da obesidade, torna-se fulcral englobar uma vertente de avaliação e intervenção psicoemocional, de modo a intervir nas mais diversas vertentes (Barry, et al., 2008).

## **1.6. Obesidade e Suporte Social**

Dado que esta investigação se propõe estudar a forma como as pessoas com obesidade percebem o seu suporte social em termos de apoio e responsividade, torna-se preponderante compreender a conceção de suporte social e a forma como varia, tendo em conta o género sexual e o estado civil. Também os níveis de análise serão contemplados desde uma vertente mais macro até a uma mais micro, englobando então a comunidade, redes sociais, rede familiar, núcleo de amizades, vizinhança e relações íntimas. Para além destes aspetos, irão ser apresentados as diversas utilidades que a rede de suporte social pode desempenhar, as suas tipologias e o seu impacto na saúde. Por último e estabelecendo a ponte com a obesidade, esta seção irá debruçar-se sobre o modo como o suporte social exerce influência nas pessoas com peso a mais.

### ***Definição de Suporte Social***

O desenvolvimento adequado da personalidade ocorre mediante uma satisfatória interação entre o sujeito e o seu grupo social, sendo que esta adaptação resulta do uso adequado de estratégias interpessoais (Cavalcante, 2009). Por outro lado os sujeitos com reduzido contacto social apresentarão maior vulnerabilidade para o falecimento precoce, comparativamente com aqueles que detêm uma boa rede de suporte social. Pensa-se que os processos inerentes ao isolamento social e que conferem maior risco de morte prematura podem passar pela presença de humor depressivo e comportamentos nocivos para a saúde (Bennett, 2002). Nesta lógica faz sentido esmiuçar o conceito de suporte social que se prende pela união entre indivíduos ou entre eles e grupos que se entrem ajudam e prestam apoio formal e informal, partilhar experiências, prestar auxílio instrumental, assim como melhorar competências adaptativas (Guterres, 2001). Uma das mais referidas definições descritas na literatura de suporte social passa pela “*existência de disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar,*

*“pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e que gostam de nós”* (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983, p.127). Para que o sentido psicológico de rede social se solidifique, os autores McMillan e George (1986) salientam que é crucial a presença de quatro elementos importantes, sendo eles: sentimento de pertença, ligações emocionais compartilhadas, sentimento de valor entre os membros e reciprocidade.

Segundo Ornelas (2008), a relação que o sujeito estabelece com o ambiente social envolvente exerce influência crucial no seu estado de saúde, dado que o contexto social proporciona um sentimento de aprovação emocional, segurança, partilha de interesses comuns, reconhecimento de habilidades pessoais, aconselhamento, tal como sentido de responsabilidade pelo bem-estar das pessoas. Pode também entender-se o suporte social como uma estrutura assistencial e de *coping* que auxilia o sujeito na gestão de situações problemáticas nas mais diversificadas questões (Thoits cit in Revenson & Lepore, 2012). O suporte social fornece então informação ao sujeito que o leva a acreditar que é estimado e valorizado no grupo de apoio social que requer um conjunto de transações interpessoais a nível afetivo, emocional, instrumental e informativo (Ponte & Pais-Ribeiro, 2008), diminuindo o isolamento (Ornelas, 1997). Como tal pode dizer-se que os recursos da estrutura social permitem satisfazer necessidades quer do dia-a-dia, quer em situações de crise (Lin & Ensel cit in Guterres, 2001), de modo a promover a saúde e a adaptação do indivíduo ao meio envolvente, diminuindo as suscetibilidades à doença (Siqueira, 2008).

Relativamente aos géneros, o papel social masculino é instrumental, ressaltando a sua independência, competência e racionalidade, enquanto o feminino é de índole expressivo, enfatizando o calor humano, compaixão e capacidade de suporte (Bem cit in Ornelas, 2008). Em termos de rede social, um estudo aponta para que, embora os homens, em comparação com o género feminino, tenham uma maior rede social, são elas que parecem utilizar essas redes como fonte de suporte (Sarafino, 2002). Pode então dizer-se que as mulheres tendem a desenvolver amizades mais próximas, valorizando a intimidade e a confiança, enquanto os homens dão maior valor à sociabilidade na interação com os outros (Bell cit in Ornelas, 2008). Assim a investigação tem apontado que as mulheres poderão estar em vantagem no que diz respeito aos tipos e fontes de suporte, designadamente no suporte emocional ou no papel dos amigos. No que diz respeito ao estado civil, um estudo desenvolvido por Ensel no ano de 1986 prediz que as pessoas casadas, independentemente do género, relatavam índices mais elevados de suporte. Em contrapartida, as pessoas divorciadas mencionavam níveis mais baixos, sendo que os solteiros e viúvos ocupavam as posições intermédias. Nesta lógica outro estudo veio reforçar a ideia de que homens e mulheres casados evidenciavam maior número de confidentes e redes sociais mais amplas e homogéneas, assim como apreciavam de modo positivo e adequado as suas fontes de suporte (Ornelas, 2008).

### ***Dimensões do Suporte Social***

O suporte social é um conceito multidimensional, dado que engloba vários aspetos imprescindíveis para o bem-estar, nomeadamente intimidade, integração social, suporte afetivo, mérito, aliança e orientação (Pais-Ribeiro, 1999). De modo mais específico, a Intimidade é uma dimensão do suporte social mais destacada na literatura, referindo-se à proximidade e existência de laços fortes de cariz voluntário entre as pessoas. Tende a estar associado a laços fortes e atração pessoal existente entre sujeitos que vivem maritalmente, podendo ser estendido a outros domínios - familiares, amigos e vizinhança (Ornelas, 2008).

É crucial ressaltar que o suporte social integra vários níveis de análise que passam pela comunidade que envolve relações interpessoais com o meio social mais amplo, proporcionando um sentido de pertença e integração social (Amaro, 2007). No caso da rede familiar caracteriza-se pela sua densidade elevada apesar de estar situada dispersamente, permitindo o contacto com outros sujeitos de outros contextos sociais. A família é, de entre as redes sociais, aquela que apresenta maior expressão, constituindo a vertente mais ativa e íntima de uma pessoa. Porém as redes familiares bastante densas tornam-se mais eficientes quando se estabelecem também ligações com amigos e vizinhos (Pierce, Sarason, Sarason, Joseph & Henderson, 1996). Comparativamente com a família, o núcleo de amizades é mais problemático, uma vez que, dado a sua natureza espontânea, requer uma manutenção permanente e o suporte deve ter na base a reciprocidade. Em situações em que a rede familiar não se demonstra responsiva, as pessoas procuram nos amigos apoio, companhia, bem como recursos emocionais e materiais (Ornelas, 2008). Em contrapartida a vizinhança é um núcleo social menos ativo constituído por laços mais fracos e com menor intimidade. Apesar disso, os vizinhos continuam a ser preponderantes na resolução de problemas do dia-a-dia, no desenvolvimento de um tecido de ligações mais denso, facilitando a prestação rápida de auxílio. Esta proximidade com os vizinhos contribui para o fomento do senso de pertença e o fácil acesso a informações e recursos de outros meios sociais (McMillan & George, 1986).

A existência de relações sociais particulares (e.g. casamento) e grupos sociais mais gerais (e.g. clubes) são algumas das variáveis que constituem o suporte social. Outras variáveis passam pelo tipo e quantidade de apoio disponibilizado pelas redes sociais, congruência entre o suporte social disponível e aquilo que o sujeito necessita, utilização que ele faz das redes sociais, dependência e confiança que deposita nas redes sociais, reciprocidade entre o suporte social recebido e fornecido, proximidade entre os elementos do grupo social, assim como satisfação que cada um exprime por fazer parte da rede (Dunst & Trivette cit in Pais-Ribeiro, 1999). A extensão da rede social é outra variável que a caracteriza e tende a proporcionar maior suporte (Fisher, Sollie, Sorrel & Green, 1989; Wellman cit in Ornelas, 2008), sendo mais evidente no género feminino (Kasak & Wilcoz, 1985; Sarason, Sarason & Shearin cit in Ornelas, 2008), dado que, presumivelmente, as redes mais amplas tendem a ser mais comunicativas e apoiantes. Apesar disto estas redes podem não se revelar qualitativamente satisfatórias (Ornelas, 2008).

De acordo com um estudo realizado por Riley e Eckenrole em 1986 que incidiu numa amostra feminina, as redes sociais amplas proporcionavam um maior número de problemas, mas também um elevado nível de suporte (Ornelas, 2008). Em contrapartida outro estudo apontou que o grupo de mulheres estudado apresentava maior índice de suporte proveniente de redes sociais menos densas, dado que facilitava as relações de amizade e a capacidade de interajuda, bem como o envolvimento consistente entre os seus membros (Hirsch, 1980). Neste seguimento, a frequência de contatos estabelecidos entre os membros do grupo é também outro aspeto que influencia a proximidade social e espacial entre as pessoas, sendo que quanto maior for, maior e mais eficaz será a prestação de apoio, uma vez que existe uma maior consciencialização para as necessidades e recursos (Ornelas, 2008). De acordo com Cutrona & Russell (1990), a eficácia do suporte social depende em grande parte de fatores culturais que incluem a duração temporal e o tipo de suporte requeridos, tal como a própria fonte do apoio. Neste seguimento, Revenson & Lepore (2012) acrescentaram que, para além da cultura, o estatuto socioeconómico, a etnia e o género sexual exercem influência no tipo e qualidade das redes de suporte social. Assim pode dizer-se que o fator que influencia a qualidade do suporte não é propriamente o tamanho do núcleo social, mas sim a qualidade das ligações que são estabelecidas (Ornelas, 2008). Por outras palavras, pode então dizer-se que pertencer a uma rede social é somente o primeiro passo para que ocorra suporte, dado que este depende da qualidade dos relacionamentos que a pessoa consegue estabelecer dentro da rede em termos de trocas comunicacionais íntimas, solidariedade, cooperação, confiança e aceitação mútua (Novais, 2005). Em conclusão pode dizer-se que existe uma correlação entre a proximidade dos laços, frequência dos contatos e a presença de apoio social (Ornelas, 2008).

### ***Funções do Suporte Social***

O apoio social desempenha uma panóplia bastante diversificada de funções. A nível de *status*, as redes sociais fornecem ao sujeito determinados papéis e estatutos sociais, assim como a oportunidade de participar em atividades sociais e organizações diretivas, voluntárias, culturais e religiosas (Revenson & Lepore, 2012). Este envolvimento social é sinónimo de que a comunidade identifica o valor da pessoa, reconhecendo as suas capacidades e empenho no seio do contexto interpessoal (Ornelas, 2008). De acordo com Cohen, Gottlieb & Underwood (2000), as pessoas socialmente integradas e com redes sociais quantitativa e qualitativamente significativas desenvolvem mais consistentemente o seu autoconceito que desempenha um efeito protetor face a eventos stressores, potenciando a sensação de bem-estar. Já a nível instrumental, a rede social fornece aos sujeitos bens e serviços que os ajudam na resolução de problemas diários, de modo a proporcionar uma redução do número de tarefas obrigatórias, facultando-lhes a possibilidade de ocupar o tempo com atividades de lazer. Este auxílio pode estar associado a situações do quotidiano, acidentes, doenças físicas, funcionando como uma espécie de “amortecedor” face ao *stress* (Guterres, 2001). Em contrapartida, o suporte emocional passa por fornecer, aos elementos do grupo, apoio

expressivo e afetivo, proporcionando-lhe sentimentos de ser amado e de pertença ao grupo (Revenson & Lepore, 2012), assim como aumento da autoestima. A interação recíproca, a escuta ativa e a reflexão conferem segurança facilitadora da partilha de experiências pessoais e estratégias para lidar com as problemáticas do quotidiano, levando as pessoas a aperceberem-se de que há outras com problemas e histórias de vida semelhantes (Cohen & McKay, 1984). Assim estas percebem que são estimadas e valorizadas pelo seu círculo social e desenvolvem capacidades pessoais e recursos alternativos para a resolução de problemas interpessoais (Ornelas, 2008).

Por outro lado o suporte social também pode beneficiar de uma função informativa, isto é de aconselhamento, orientação, prestação de informações e ensino de competências que facilitam a resolução de problemas (Sarafino, 2002). Pode então dizer-se que quando as pessoas não conseguem resolver facilmente os seus problemas tendem a procurar informações e recursos relevantes junto do seu núcleo social (Ornelas, 2008). Assim a rede social possibilita a interação social positiva, onde os seus constituintes convivem uns com os outros em atividades recreativas de lazer, partilham experiências e conhecimentos e desenvolvam competências de socialização, potenciando conseqüentemente o acesso a suporte instrumental e emocional (Guterres, 2001). Em suma pode salientar-se que as relações sociais, por fornecerem apoio, proporcionam a oportunidade de desenvolver relações de amizade que envolvem atividades sociais agradáveis, contribuindo para o bem-estar e satisfação individual. Para além disto, a existência de um maior número de relações sociais aumenta o desenvolvimento de relações significativas, conduzindo a melhores percepções de reciprocidade e amizade (Ornelas, 2008).

### ***Tipos do Suporte Social***

A conceção de suporte social pode ser descrita, mediante duas tipologias. A primeira diz respeito ao suporte social formal que engloba organizações formais, como hospitais, programas governamentais e serviços de saúde, bem como serviços profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros). Este apoio visa prestar assistência às pessoas necessitadas (Dunst, & Trivette cit in Pais-Ribeiro, 1999), tendo em conta um momento de avaliação onde se decide quem é que vai receber os serviços. Todos os procedimentos são regulamentados por normas formais que coordenam o auxílio prestado, assim como por padrões de atuação fixos, independentemente das idiosincrasias das pessoas e do contexto envolvente (Guterres, 2001). Já a segunda passa pelo suporte social informal que envolve tanto os indivíduos próximos (familiares, amigos, vizinhos) como também grupos sociais, clubes e coletividades que fornecem apoio nas atividades do dia-a-dia, dando respostas aos acontecimentos de vida normativos e não-expetáveis (Dunst, & Trivette cit in Pais-Ribeiro, 1999). Estas redes informais de apoio constituem um contexto de ajuda pluralista e diferenciado no que diz respeito ao tipo de pessoas envolvidas, uma vez que configuram um sistema ecológico de interajuda recíproca quotidiana, onde as pessoas detêm papéis

complementares, auxiliando-se mutuamente através de apoio e realização de tarefas na vizinhança ou comunidade (Guterres, 2001). A investigação sugere que são os cônjuges, amigos e família, aqueles que as pessoas recorrem com maior frequência na procura de ajuda informal, numa tentativa de manutenção do bem-estar individual (Ornelas, 2008).

Para além das variantes de suporte social descritas, outros autores propõem a distinção entre suporte social estrutural e funcional (Uchino, 2006). No que diz respeito ao suporte social estrutural, este está associado à integração social do sujeito, isto é à disponibilidade que outras pessoas significativas demonstram para com ele, independentemente da troca de apoio (Cohen, et al., 2000). Em contrapartida o suporte social funcional é uma conceção permeável à subjetividade e que se centra na perceção que a pessoa desenvolve desse suporte, sendo influenciada por processos psicológicos e expectativas individuais (Uchino, 2006). Por outras palavras, pode depreender-se que a visão pessoal do suporte social depende da crença pessoal que cada pessoa constrói acerca daquilo que os outros sentem por ela e da sua disponibilidade para ajudarem caso precise. Resumidamente a perceção da rede social está associada à conceção subjetiva da capacidade responsiva do grupo social que envolve o sujeito (Bento, 2011) e do grau de satisfação obtida nas relações com outras pessoas (Barrera cit in Ornelas,2008). Importa ressaltar que estes dois tipos de suporte social não estão, necessariamente, em sintonia, dado que na prática as intervenções direcionadas para o domínio estrutural parecem mais viáveis do que alterar a perceção que as pessoas detêm do seu apoio social (Verheijden, Bakx, Weel, Koelen & Staveren, 2005).

### ***Impacto do Suporte Social na Saúde***

Estudos apontam que o suporte social tende a proteger os indivíduos em risco de perturbações mentais (como depressão e ansiedade) e de perturbações induzidas por stress (Yasin & Dzulkifli, 2010). Esta evidência significa que quer a perda quer a inexistência de suporte social são indutoras de stress, dado que este apoio melhora as estratégias de *coping* para lidar com os desafios da vida, amortecendo o impacto do stress na saúde. Pode então dizer-se que o apoio social reforça o senso de valor pessoal, competência, confiança e aliança entre as pessoas (Pais-Ribeiro, 1999). Assim em situações de stress, o suporte social ajuda o sujeito, numa primeira fase, a compreender o acontecimento indutor de stress. Quando essa interpretação se revela ameaçadora, a rede social ajuda-o a perceber com mais clareza quais as opções que detém e fornece-lhe estratégias de *coping* para enfrentar as problemáticas (Sarafino, 2002). Assim a presença de suporte social muda a natureza do contexto situacional do sujeito, de tal modo que o risco de sofrer perturbações emocionais é menor, comparativamente com pessoas que não evidenciam suporte social (Ornelas, 1997). No que concerne à Saúde Mental, está comprovado que a ausência de suporte social está relacionada com diversas perturbações mentais, nomeadamente depressão, neurose e esquizofrenia (Barrón cit in Rodrigues & Madeira, 2009). Assim o suporte social tende a ser um fator

protetor de diversas perturbações mentais como depressão, ansiedade e esquizofrenia, podendo ainda associar-se ao tratamento destes problemas (Batista, Batista & Torres, 2006).

Para além do efeito protetor da rede de apoio social na saúde mental, este núcleo de suporte também exerce influência ao nível da adoção de comportamentos promotores da saúde como dieta, exercício físico e adesão a planos terapêuticos (Unchino, 2006), contribuindo para amenizar a obesidade (Cohen, et al., 2000). Por outro lado uma falha na regulação da resposta desta rede potencia o surgimento de problemas psicológicos e alterações significativas nos sistemas neuroendócrino, imunológico e cardiovascular. Porém a rede de apoio social pode influenciar negativamente a conduta do sujeito, através da promoção de comportamentos prejudiciais à saúde, como consumo de álcool e tabaco. (Verheijden, et al., 2005). Em jeito de suma, a rede social promove o bem-estar e o estado de saúde físico e mental (Yasin & Dzulkifli, 2010), dado que responde às necessidades de contato e de companhia, diminuindo os efeitos do isolamento social. Esta interação entre o sujeito e a rede social possibilita o desenvolvimento da personalidade e da identidade (Guterres, 2001), promovendo, igualmente, a autoestima mediante a validação social de reconhecimento pessoal, aprovação, elogio e respeito (Cohen, et al., 2000).

### ***Perceção de Suporte Social e Obesidade***

Reportando para a conceção de suporte social na temática de obesidade, as pessoas com excesso de peso tendem a evidenciar uma perceção de suporte social baixa, dado que encetam comportamentos de isolamento resultantes da discriminação social a que são alvo. Quando esta perceção é positiva, estas pessoas encaram os problemas de saúde físicos e psicológicos de modo mais suavizado, sendo que o suporte social tem um efeito apaziguador e mediador no processo saúde-doença (Bento, 2011). Assim, de acordo com a perspetiva de Cohen e colaboradores (2000), o apoio social poderá fomentar mudanças comportamentais, através do fornecimento de informações acerca de padrões alimentares mais salutareos e da atividade física regular, reforçando a motivação e a adesão terapêutica na perda de peso. Por outras palavras pode dizer-se que quando o sujeito está sozinho e sem apoio social tende a enfrentar a doença física, neste caso a obesidade, com maior preocupação, experienciando alterações emocionais. Todavia, a partir do momento em que o apoio social se evidencia, a pessoa altera o seu comportamento, adquire capacidades para enfrentar as adversidades, melhorando a sua autoestima e os recursos endógenos (Pais-Ribeiro, 1999). Pode então dizer-se que os obesos quando têm perceção de apoio social tendem a seguir mais rigorosamente as prescrições médicas, estando mais motivados para a mudança e menos suscetíveis a desenvolver perturbações no futuro (Bento, 2011). De acordo com a classificação de Batista e colaboradores (2006) que defende que pontuação da Escala de Satisfação com o Suporte Social pode ser classificada em três níveis: perceção de suporte social baixa (pontuação entre 15-25), média (26-50) e alta (51-75), Bento (2011) averiguou que os obesos estudados

demonstram nível médio de suporte social (43,5). Outra investigação identificou que a amostra em estudo percecionava apoio da família direta e alargada (Travado, et al., 2004).

As pessoas, após a intervenção bariátrica, referem não apresentar dificuldades em relacionar-se socialmente, ressalvando até que as suas relações interpessoais melhoraram com a perda de peso. Tal facto pode associar-se à diminuição da preocupação acerca da autoimagem, ao incremento da capacidade de cuidarem de si, melhorando a sua autonomia e assertividade perante os outros (Benedetti cit in Cavalcante, 2009). Deste modo, a qualidade e satisfação nos relacionamentos tem maior propensão para melhorar com a cirurgia (Cavalcante, 2009), pois o apoio social pode ser um grande facilitador da alteração de comportamentos, uma vez que reflete as normas sociais que apoiam a mudança e fornece ajuda mútua para a concretização dos objetivos (Bennett & Murphy, 1999). Silva e colaboradores (2009), constataram que a perceção de suporte social dos obesos é satisfatória no período pré-cirúrgico, especialmente no domínio das amizades e seio familiar. Estes autores referiram que, mediante a sua experiência clínica, a família nuclear desempenha um papel fulcral no processo terapêutico, dado que antes da intervenção acompanham o doente às consultas e demonstram interesse acerca dos cuidados terapêuticos a ter. Já no período pós-cirúrgico a família envolve-se e ajuda o paciente a cumprir com as recomendações alimentares e de exercício físico. Para além da perceção satisfatória de apoio familiar, os estudos também apontam que o núcleo de amigos e colegas são importantes fontes de apoio social. Porém há pesquisas que indicam que os obesos não recebem o tipo de suporte que eles valorizam/procuram, desencadeando provavelmente insatisfação, ansiedade e indicadores depressivos (Herzer, Zeller, Rausch & Modi, 2011).

Relativamente às diferenças de género, a investigação aponta que as mulheres têm amigos mais próximos e dão mais valor à intimidade e à confiança nas suas relações de amizade, enquanto os homens valorizam mais a socialização (Bell cit in Guterres, 2001). Segundo Ornelas (1997), o sexo feminino apresenta maior número de amigos e redes de suporte mais sólidas do que os homens. Por outro lado as mulheres tendem a apresentar redes institucionais e de cariz formal maiores e mais multifacetadas (Rodrigues & Madeira, 2009). Em contrapartida uma pesquisa aponta que os homens com apreciações de baixo apoio social tendem a ser menos sociáveis e mais suscetíveis a estados depressivos. Daí que o suporte social, em especial o familiar, é crucial na diminuição da probabilidade de surgimento desta sintomatologia (Batista, et al., 2006). No que concerne ao estado civil, as pessoas obesas casadas tendem a estar mais satisfeitas com o suporte social do que as solteiras, especialmente no que diz respeito à Satisfação com a Família e Intimidade (Bento, 2011), apresentando uma melhor saúde psicofísica (Rodrigues & Madeira, 2009) e maior perceção do seu suporte social (Ornelas, 1997). Estas elações condizem com outras evidências que comprovam que sujeitos separados e viúvos, que vivem sozinhos ou só com filhos,

demonstram maior sintomatologia depressiva e uma percepção de suporte social menos positiva/funcional (Requeijo, Vieira, Guerra & Santos, cit in Rodrigues & Madeira, 2009).

## **Em suma**

Como foi supramencionado, a obesidade é atualmente encarado como um flagelo da sociedade que vive a um ritmo acelerado e pautado por níveis elevados de stress. Surgiu lentamente nas comunidades e, hoje em dia, está a aumentar a passos largos, de modo transversal e sem olhar a classes nem estatutos socioeconómicos. Atualmente vive-se entre uma dicotomia extrema onde, por um lado, se idolatra modelos de magreza extremos como ícones de beleza e, por outro, o acesso facilitado à comida, a falta de disciplina alimentar e o sedentarismo tornaram-se uma constante, criando todas as condições para o ganho de peso, e, conseqüentemente, quadros patológicos associados. Gera-se então aqui um abismo entre aquilo que desejamos e aquilo que somos, potenciando o surgimento de estados psicoemocionais disfuncionais. Caí então por terra o mito que todas as pessoas “gordinhas” são felizes. A obesidade é muito mais que uma doença física, é o ponto de partida para situações disruptivas nas mais diversas esferas de vida do sujeito. Funciona como um polvo que, mediante os seus tentáculos, acorrenta a pessoa à masmorra do excesso de peso e da imagem indesejável. A obesidade ramifica-se e traz consigo uma “avalanche” de situações disruptivas, como quadros clínicos comórbidos, discriminação social e profissional, isolamento, insatisfação corporal, dificuldade na gestão das tarefas quotidianas, refletindo-se claramente na saúde mental. Apesar da condição física deste quadro clínico, a estrutura psicoemocional é abalada, repercutindo-se no modo como cada pessoa se posiciona no meio social. Daí que o apoio da rede social envolvente, quer sejam amigos, família, par romântico ou atividades sociais gratificantes, funciona muitas vezes como suporte para enfrentar o flagelo que é a obesidade, para superar limitações, para criar estratégias de coping capazes de contornar obstáculos, melhorando assim a capacidade de resiliência e a motivação para pedir ajuda e procurar um tratamento. Nesta linha é imprescindível que o processo cirúrgico bariátrico seja multifacetado e encare o sujeito obeso como um ser humano biopsicossocial. Para além da dimensão física que o tratamento deve dar resposta, é preciso que a esfera psicoemocional e a rede social envolvente sejam incorporadas em todas as etapas terapêuticas. Para tal a avaliação-intervenção nestes aspetos é um requisito fulcral que requer a participação do psicólogo tanto no pré como no pós-operatório.

## **II. Metodologia**

O enquadramento metodológico torna-se imprescindível em qualquer trabalho de investigação. Aí se descreve e se explica todas as etapas em que se vão processar até à concretização efetiva da pesquisa (Fortin, 2003). Neste sentido um método implica a recolha de dados, a organização e sistematização da informação através da análise e interpretação dos dados recolhidos (Quivy & Campenhoudt, 1998). Na realidade a definição de método é

importante, pois fornece ao investigador uma linha orientadora que facilita a recolha de informação e respetiva análise e interpretação. Ao longo do estudo procurou-se seguir de modo sistemático as diferentes fases do processo de investigação, iniciando com a explicação da pertinência do estudo e do desenho investigacional, bem como dos respetivos objetivos aos quais a investigação se propõe cumprir. Posteriormente é descrito detalhadamente a amostra estudada, os materiais utilizados e os procedimentos tomados em linha de conta.

## 2.1. Objetivos e Hipóteses

Os sujeitos obesos candidatos a cirurgia bariátrica ou já submetidos a este tratamento tornam-se uma população preferencial para a avaliação quer das alterações emocionais quer da perceção de suporte social, uma vez que o tratamento cirúrgico geralmente resulta numa redução substancial de peso a longo termo (Mason, et al., 1992). Pode dizer-se então que é de enorme pertinência compreender o impacto da obesidade na esfera psicoemocional, uma vez que este tipo de doença física tende a desencadear repercussões nefastas em todas as vertentes da vida dos doentes, comprometendo negativamente a sua saúde mental. Do mesmo modo, as pessoas obesas tornam-se ainda uma população preferencial para analisar a perceção de suporte social, uma vez que a forma como encaram a rede social envolvente pode condicionar a forma como lidam com a obesidade e com os tratamentos médico-cirúrgicos subjacentes. Assim presente investigação tem como foco de estudo pessoas que padecem de diagnóstico clínico de obesidade e que procuram tratamento cirúrgico. Pretende conhecer o impacto psicoemocional da obesidade, assim como analisar a perceção da população obesa acerca do seu suporte social. Este estudo propõe-se ainda comparar tanto os sintomas de depressão e ansiedade como a perceção de suporte social em três grupos distintos de pessoas. O primeiro grupo envolve pacientes propostos para tratamento cirúrgico bariátrico e os outros dois envolvem sujeitos já submetidos a cirurgia em dois períodos de tempo pós-cirúrgico distintos: até seis meses e há mais de seis meses. De modo mais específico, esta pesquisa pretende:

1. Analisar o fenómeno da obesidade;
2. Compreender os hábitos alimentares, estilos de vida da população que procura tratamento cirúrgico bariátrico;
3. Descrever os sintomas de depressão e ansiedade em sujeitos com diagnóstico de obesidade;
4. Avaliar a perceção de suporte social em indivíduos com diagnóstico de obesidade;
5. Comparar os sintomas de depressão e ansiedade de pacientes obesos propostos para cirurgia bariátrica com os dos indivíduos já submetidos a este tratamento (até 6 meses e há mais de 6 meses);
6. Confrontar a perceção de suporte social de obesos propostos para cirurgia bariátrica com a dos indivíduos já submetidos a este tratamento (até 6 meses e há mais de 6 meses).

Depois de identificar os objetivos do estudo, a formulação de hipóteses é um processo de enorme importância para o normal desenvolvimento de um trabalho de investigação, pois os resultados e consequentes conclusões vão depender inteiramente da relevância, clareza e consistência lógica das hipóteses formuladas e do modo de testagem subjacente. Exige então do investigador uma capacidade criativa e reflexiva na experiência pessoal e conhecimentos acerca do estudo. A hipótese é então uma proposição/suposta resposta a um problema que será aceite ou rejeitada depois de devidamente testada. O processo de elaboração das hipóteses é de natureza criativa, exigindo do investigador um conhecimento da área em estudo. Com base no *insight* proveniente, quer da experiência pessoal, quer da revisão literária, acerca da população obesa em processo de tratamento cirúrgico bariátrico, estabeleceram-se níveis de análise e respetivas hipóteses:

→Nível 1: Perceção de Suporte Social:

- H1:O género feminino apresenta maior perceção de suporte social, em comparação com os homens.
- H2:Os sujeitos com obesidade de tipo 3 apresentam baixa perceção social em comparação com os sujeitos portadores de obesidade 1 e 2.
- H3:Os sujeitos obesos exibem maior perceção de rede social no que diz respeito à família e ao relacionamento íntimo, do que ao nível das amizades e atividades sociais
- H4:A presença sintomatologia ansiógena e depressiva estão associadas à baixa perceção de suporte social em sujeitos obesos.

→Nível 2: Depressão:

- H1:As mulheres obesas apresentam níveis mais elevados de depressão do que os homens.
- H2: As pessoas com obesidade de tipo 3 exibem níveis mais elevados de depressão em comparação com os indivíduos portadores de obesidade 1 e 2.
- H3: As pessoas que aguardam tratamento cirúrgico apresentam níveis de depressão mais elevados, comparativamente com os sujeitos que já foram submetidos a cirurgia.
- H4: O grau de depressão está associado com a fase do processo cirúrgico em que o paciente se encontra.

→Nível 3: Ansiedade:

- H1: As mulheres obesas apresentam níveis mais elevados de ansiedade do que os homens.
- H2: As pessoas com obesidade de tipo 3 exibem níveis mais elevados de ansiedade em comparação com os indivíduos portadores de obesidade 1 e 2.
- H3: As pessoas que aguardam tratamento cirúrgico apresentam níveis de ansiedade mais elevados, comparativamente com os sujeitos que já foram submetidos a cirurgia.
- H4: O grau de ansiedade está associado com a fase do processo cirúrgico em que o paciente se encontra.

As variáveis escolhidas são elementos determinantes para uma investigação consistente. Estas não devem ser selecionadas ao acaso, muito pelo contrário, devem ser escolhidas em função do referencial teórico e das variações que podem exercer umas sobre as outras (Fortin, 2003). Partindo deste pressuposto, procedeu-se à definição e operacionalização das variáveis, referenciando-se todos os elementos que tornam possível identificá-la de forma prática, sendo esta mensuração a designação de números a objetos, mediante regras específicas para caracterizar as quantidades de algum atributo (Polit, & Hungler, 2004). Assim as variáveis independentes do estudo passam pela idade, género, estado civil, ocupação profissional, grau de obesidade, assim como fase clínica do processo bariátrico em que o paciente se encontra. A ansiedade, depressão e perceção de suporte social são consideradas variáveis dependentes.

O presente estudo classifica-se como descritivo, uma vez que descreve como se comportam as variáveis na amostra, isto é pretende compreender e relatar as vivências das pessoas que padecem de diagnóstico de obesidade e que procuram tratamento cirúrgico no que diz respeito à perceção de suporte social e estado emocional. Trata-se de um estudo comparativo, permitindo que, de forma sistematizada, seja possível comparar, tendo em conta as variáveis “perceção de suporte social” e “estado emocional”, três grupos constituídos por sujeitos obesos em processo cirúrgico bariátrico (Primeiro grupo: sujeitos que aguardam pela cirurgia bariátrica; Segundo grupo: pacientes que foram submetidos a intervenção cirúrgica até 6 meses; Terceiro Grupo: indivíduos submetidos a cirurgia há mais de 6 meses). Mediante estes grupos pretende-se perceber quais os pontos convergentes e divergentes entre eles. Esta investigação pode ainda considerar-se transversal na medida em que a aplicação dos instrumentos foi realizada num único momento, recorrendo à amostra apenas uma vez.

## **2.2.Participantes**

Os participantes foram selecionados/recrutados aquando das consultas pré e pós cirúrgicas bariátricas no Serviço de Psicologia e de Nutrição do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV). O primeiro contato com os candidatos à investigação ocorreu nas instalações do estabelecimento hospitalar, mais especificamente nas salas de espera e nas consultas de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica. Na maioria dos sujeitos a recolha de dados foi efetuada no momento. Porém surgiram casos em que se revelou pertinente agendar um outro contato devido à indisponibilidade momentânea dos participantes. De referir que alguns deles já submetidos a cirurgia foram recrutados para o estudo mediante o contato com intermediários que facilitaram o acesso a estas pessoas. Foram definidos os seguintes requisitos para a inclusão dos participantes na investigação: Sexo feminino e masculino; idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos; presença de IMC superior a 30Kg/m<sup>2</sup>; diagnóstico Clínico de Obesidade e em processo de tratamento cirúrgico bariátrico no CHEDV. Com o intuito de criar três grupos de análise consoante a fase do processo cirúrgico onde o paciente se encontrava, requereu-se ainda que cada participante se situasse apenas num

desses grupos, sendo eles: Grupo 1: Candidatos à cirurgia bariátrica; Grupo 2: Sujeitos submetidos a cirurgia até 6 meses e Grupo 3: Sujeitos submetidos a tratamento cirúrgico há mais de 6 meses.

### **2.3. Instrumentos de Medida**

O instrumento de colheita de dados é um elemento/técnica que o investigador elabora com o intuito de recolher dados necessários sobre a população em estudo. É a natureza do problema de investigação que determina o tipo de método de recolha de dados (Polit & Hungler, 2004). Com o intuito de cumprir os objetivos deste estudo foram utilizados três instrumentos que permitiram a recolha de informações junto dos participantes, sendo eles: Questionário Introdutório, Escala Clínica de Ansiedade e Depressão (HADS) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Ambas validadas e adaptadas para a população portuguesa, mais especificamente a HADS por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007) e a ESSS por Ribeiro (1999).

#### ***Questionário Introdutório***

O Questionário Introdutório (Anexo A) foi construído especificamente para o presente estudo. Foi inspirado na Entrevista de Avaliação Psicológica Pré-Cirúrgica construída pelo Núcleo de Psicologia e Cirurgia da Obesidade (NPCO) da Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade (SPCO). Pretende caracterizar e contextualizar a amostra, recolhendo dados relativos a aspetos sociodemográficos (designadamente idade, sexo, estado civil, situação profissional, peso, altura, índice de massa corporal, presença/ausência de antecedentes de depressão e/ou ansiedade e presença/ausência de tratamento psicofarmacológico associado); aspetos relativos ao padrão alimentar e estilo de vida (nomeadamente número de refeições diárias, frequência de atividade física, número médio de horas de sono); historial do início e manutenção do excesso de peso/obesidade (como idade de início do aumento de peso, peso máximo atingido, etapa do ciclo vital e/ou acontecimentos de vida associados ao início do aumento de peso, etiologia e consequências do excesso de peso, problemas de saúde comórbidos, historial de tentativas de emagrecimento, erros alimentares mais usuais) e aspetos relativos à cirurgia bariátrica (tais como fase do processo cirúrgico em que o paciente se encontra, tipo de cirurgia bariátrica à qual vai ser/já foi submetido, rede de suporte social, dificuldades agregadas à intervenção cirúrgica, alterações alimentares efetuadas após a cirurgia e benefícios percebidos após a cirurgia e consequente diminuição de peso).

#### ***Escala Clínica de Ansiedade e Depressão (HADS)***

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi criada por Snaith e Zigmond em 1983, tendo sido alvo de confirmação estatística psicométrica e clinimétrica. Tem o intuito de auxiliar os profissionais de saúde na identificação e reconhecimento de componentes emocionais associadas à doença física. A pertinência de identificar estes componentes é evidente, dado que tendem a contribuir para o aumento do *distress* psicológico associado à doença clínica subjacente, assim como podem interferir no processo de diagnóstico,

perlongando o tempo de recuperação (Pais-Ribeiro, 2007). Zimond & Snaith (1983) explicam que a sintomatologia apresentada pode dever-se a estados emocionais disfuncionais do sujeito (nomeadamente ansiedade e depressão) e não necessariamente a patologias orgânicas. Assim Pais-Ribeiro e colaboradores (2007) preconizam que este instrumento de avaliação, para além da sua aplicabilidade em contexto hospitalar, pode ainda ser utilizado para o rastreio de ansiedade e depressão em contextos de saúde primários, centros comunitários, contextos psiquiátricos e em doentes portadores de doença física.

É constituído por duas subescalas, a de ansiedade e a de depressão, sendo que cada uma delas é composta por sete itens e classificada separadamente. Os itens foram selecionados cuidadosamente e alguns deles (como os relacionados com a perda de apetite e alterações no sono) foram eliminados, de forma a não refletirem a doença orgânica atual, mas sim identificarem perturbações emocionais. Cada item apresenta uma escala ordinal de quatro posições (0-3), sendo que a pontuação de cada subescala pode variar entre 0 e 21 pontos (Pais-Ribeiro, 2007). Após uma revisão literária acerca da eficácia de HADS, alguns investigadores contataram que é um instrumento capaz de avaliar eficazmente a ansiedade, a depressão e perturbações de humor e mediadas pela ansiedade em sujeitos que estão a ser acompanhados em serviços de saúde e centros psiquiátricos, bem como em amostras da população geral. Neste sentido, a partir desta análise, esta escala tende a evidenciar uma validade classificada entre boa a muito boa, tendo uma capacidade semelhante ao de outros instrumentos como o BDI, STAI, CAS na identificação de perturbações depressivas e ansiógenas (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). A título de exemplo e como forma de reforçar as ideias supramencionadas, Mykletun, Stordal e Dahl (2001) analisaram as propriedades psicométricas desta escala numa extensa população de cerca 65648 participantes com idades compreendidas entre os 20 e os 89 anos. Estes autores reforçaram a noção de estrutura bidimensional dos fatores, aferindo que a HADS, enquanto instrumento de autoavaliação, apresenta propriedades psicométricas classificadas como “muito boas” em termos de estrutura fatorial, validade e fidelidade.

A versão portuguesa deste instrumento designa-se Escala Clínica de Ansiedade e Depressão e foi desenvolvida por Pais-Ribeiro e colaboradores em 2007, tendo sido estudada em 1322 pessoas com doenças bastante variadas, como cancro, acidente vascular cerebral, epilepsia, diabetes tipo II, doença cardíaca coronária, obesidade mórbida, depressão, distrofia miotónica, apneia do sono, assim como num grupo de controlo composto por pacientes isentos de patologias. A partir daqui confirmou-se que esta versão apresenta fidelidade e validade para avaliar a ansiedade e a depressão em contextos médicos e em populações com doença (Pais-Ribeiro et al., 2007). Em comparação com a versão original, a portuguesa não apresenta quaisquer alterações, apresentando propriedades métricas idênticas. Esta conclusão foi obtida mediante um estudo exploratório das propriedades métricas básicas e da sensibilidade, bem como através da análise fatorial confirmatória que reafirma a adequação

do modelo de dois fatores proposto pela versão original (Pais-Ribeiro, 2007). Em termos de classificação da ansiedade e depressão, o manual da HADS postula que pontuações entre 0-7 pontos correspondem a ausência de depressão ou ansiedade; entre 8-10 pontos para a presença de um grau leve de depressão ou ansiedade; entre 11-14 pontos para um grau moderado e entre 15-21 pontos para a presença de depressão/ansiedade severa. Neste sentido há estudos que apontam para o valor 8/9 como o ponto de corte. Como as propriedades métricas entre a versão original e a de outros países (como Portugal) são semelhantes aconselha-se a utilização dos valores acima mencionados (Pais-Ribeiro, 2007). No presente estudo verificou-se que, de modo geral, as subescalas deste instrumento apresentam um bom valor de *Alpha* de *Cronbach*, dado que todos os valores de *alpha* são superiores a 0,80. Assim trata-se de uma escala com boa consistência interna (Tabela 1).

**Tabela 1: Valores do Coeficiente de Cronbach das subescalas da HADS referentes ao estudo**

Subescalas	Alpha de Cronbach de Pais-Ribeiro et al. (2007)	Alpha de Cronbach da presente investigação	Nº de Itens
Ansiedade	0,76	0,83	7
Depressão	0,81	0,84	7

### ***Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)***

A Escala de Satisfação com o Suporte Social -ESSS foi desenvolvida e validada por Ribeiro (1999) especificamente para a população portuguesa e pretende averiguar a satisfação com o suporte social existente, assumindo, tal como preconiza o autor, que as medidas de perceção de rede social apresentam uma capacidade explicativa da noção de saúde superior às de suporte social tangível. Assim a vertente subjetiva da rede de apoio social é enaltecida e tida em conta na avaliação subjetiva do bem-estar, tornando este último conceito num dos aspetos centrais da psiquiatria. Este instrumento tem então como objetivo estudar a satisfação do sujeito face ao suporte social percebido proveniente da família, amigos, relacionamentos íntimos e atividades sociais que está envolvido, avaliando as suas necessidades e o seu grau de satisfação com o suporte social (Pais-Ribeiro, 1999). É constituído por quinze afirmações na qual o sujeito terá de assinalar o grau em que concorda com cada uma delas, tendo em conta uma escala de tipo *Likert* composta por cinco graus de concordância: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. A pontuação de cada item varia entre 1 e 5, em que o 5 corresponde à opção de resposta “concordo totalmente” e o 1 corresponde à opção “discordo totalmente” (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2009). São exceção os itens 4,5,9,10,11,12,13,14,15 que devem ser cotados de forma invertida. Assim a pontuação total pode variar entre 15 e 75, correspondendo as notas mais elevadas a uma perceção de maior satisfação com o suporte social (Pais-Ribeiro & Guterres, 2001). Batista, Batista & Torres (2006) vão mais longe e postulam que pontuações entre 15 e 25

correspondem a percepção de suporte social baixa, entre 26 e 50 a percepção de suporte social média e entre 51 e 75 percepção de suporte social alta.

Os quinze itens são distribuídos por quatro dimensões: Satisfação com os Amigos (mede a satisfação com as amizades/amigos: itens 3,12,13,14,15), Intimidade (avalia a percepção de suporte social íntimo: itens 1,4,5,6), Satisfação com a Família (mede a satisfação com o suporte social familiar: itens 9,10,11) e Atividades Sociais (avalia a satisfação com as atividades sociais realizadas: itens 2,7,8). Mediante a análise da escala, esta revela uma boa consistência interna (*alpha* de *Cronbach* de 0,85). De forma mais específica, o primeiro fator (“Satisfação com os Amigos”) apresenta um *alpha* de *Cronbach* de 0,83, explicando 35% da variância total. O segundo fator (“Intimidade”) apresenta 0,74 de *alpha* de *Cronbach*, explicando 12,1% da variância total. O terceiro fator (“Família”) exibe um *alpha* de *Cronbach* de 0,74, explicando 8,7% da variância. Por fim o último fator (“Atividades Sociais”) apresenta um *alpha* de 0,64, explicando 7,3% da variância total. Em traços gerais, a carga fatorial dos itens é elevada, sendo que apenas um apresenta carga fatorial inferior a 0,50 (Ribeiro, 1999). No presente estudo verificou-se que, de modo geral, as dimensões desta escala apresentam um bom valor de *Alpha* de *Cronbach*, pois todos os valores de *alpha* são superiores a 0,70. Assim trata-se de uma escala com boa consistência interna, como se comprova na Tabela 2.

**Tabela 2: Valores do Coeficiente de Cronbach das dimensões da ESSS referentes ao estudo**

Dimensões	Alpha de Cronbach de Pais- Ribeiro (1990)	Alpha de Cronbach da presente investigação	Nº de Itens
Amizade	0,83	0,88	5
Intimidade	0,74	0,80	4
Família	0,74	0,77	3
Atividades Sociais	0,64	0,80	3
ESSS Total	0,85	0,90	15

## 2.4.Procedimentos

### *Protocolo de Investigação*

A presente investigação foi iniciada com o levantamento bibliográfico aprofundado da temática em estudo, tendo em conta as investigações empíricas já realizadas, bem como as teorias e conceções formuladas pelos autores. No que diz respeito à componente investigacional, num primeiro momento foram selecionados os instrumentos psicométricos mais adequados que iam ao encontro dos propósitos do estudo em causa, sendo eles: Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS) e Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS). Posteriormente solicitou-se a autorização de utilização das referidas escalas ao seu autor, de modo a obter permissão para as aplicar à amostra em estudo. Como forma de complementar estas escalas, foi construído um questionário que incide nos aspetos sociodemográficos, padrão alimentar e estilo de vida, historial do aumento de peso/obesidade, bem como

aspectos relativos à própria cirurgia bariátrica. Com o intuito de aceder à amostra pretendida, isto é a pacientes obesos envolvidos em processo cirúrgico bariátrico, foram solicitadas autorizações ao Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE, mais especificamente à chefia dos Serviços de Psiquiatria e de Cirurgia (Anexo B), à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração (Anexo C), de modo a obter permissão para a colheita dos dados (Anexo D).

Numa fase posterior iniciou-se a recolha de dados propriamente dita que se estendeu durante 7 meses, isto é desde Fevereiro até Agosto do presente ano. O primeiro contato com os candidatos à investigação ocorreu nas instalações do estabelecimento hospitalar, mais especificamente nas salas de espera e nas consultas de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica. Na maioria dos sujeitos a recolha de dados foi efetuada no momento. Porém surgiram casos em que se revelou pertinente agendar um outro contato devido à indisponibilidade momentânea dos participantes. Importa salientar que todos os intervenientes na pesquisa foram informados acerca dos objetivos da mesma, sendo-lhes solicitado o consentimento informado (Anexo E) para a utilização dos dados para fins investigacionais. Foi ainda garantido o anonimato e confidencialidade das informações veiculadas, bem como foi explicitado aos sujeitos a possibilidade de desistência do projeto sem que isso prejudique/interfira no atendimento clínico que lhes é disponibilizado, tendo sido cumpridos todos os parâmetros éticos e deontológicos.

### ***Procedimento Estatístico***

O intuito do investigador quando se debruça sobre um conjunto de dados é averiguar a existência e a natureza das relações entre as variáveis. Os procedimentos de análise de dados podem ser classificados de várias formas de modo a salientar os aspetos mais relevantes da investigação. Antes da análise propriamente dita há que fazer escolhas metodológicas, nomeadamente no que diz respeito ao tipo de testes estatísticos a utilizar, de modo a garantir a credibilidade e consistência da pesquisa. A seleção destes mesmos testes varia mediante a natureza da distribuição dos resultados ou das técnicas de recolha de dados (Pais-Ribeiro, 2007b). Com o intuito de iniciar o processo de análise estatística dos dados foi criada uma base de dados no *SPSS Statistics 21*, onde foram introduzidos, tratados e transformados os dados recolhidos de forma conveniente. Neste sentido para a análise descritiva recorreu-se a medidas de tendência central e de dispersão, de modo a compreender as idiosincrasias da amostra. Posteriormente recorreu-se a testes estatísticos tanto de Associação como de Diferenças, no sentido de testar as proposições hipotetizadas, validando-as ou rejeitando-as consoante os resultados. No caso do primeiro tipo de testes utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman para avaliar relações com variáveis ordinais e o Teste do Qui-Quadrado para verificar a existência de associações ou dependências entre variáveis nominais e entre variáveis nominais e ordinais. Já no que diz respeito aos testes de diferenças, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney e ao teste de Kruskal-Wallis para averiguar se há diferenças entre dois grupos ou entre três ou mais grupos respetivamente ao nível de uma

variável dependente ordinal (Martins, 2011). Adotou-se o intervalo de confiança de 95% ( $p < .05$ ).

### III: Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados, em termos de análise descritiva e inferencial dos dados, sendo uma etapa exigente ao nível do pensamento crítico por parte do investigador com base no instrumento de colheita de dados (Fortin, 2003). Para tal recorreu-se ao software IBM SPSS Statistics 21, instrumento de colheita de dados.

#### 3.1. Análise Descritiva

A apresentação das estatísticas descritivas é efetuada mediante Tabelas e gráficos onde o título de cada um deles define o tipo e distribuição apresentada. A análise dos dados antecede sempre a tabela ou gráfico, onde estarão presentes medidas de tendência central, frequências absolutas e relativas, assim como medidas de dispersão. Para determinar o significado das relações entre as variáveis, foi utilizado o nível de significância de  $p = .05$ .

Trata-se de uma amostra de conveniência, do tipo não probabilística ou intencional. A amostra é constituída por 110 participantes com diagnóstico clínico de Obesidade, sendo subdividida em três grupos consoante a fase do processo cirúrgico bariátrico em que os sujeitos se encontram. Neste sentido o primeiro grupo (G1) é constituído por 38 pacientes (34,55%) que aguardam a intervenção cirúrgica; o segundo grupo (G2) é constituído por 37 pessoas (33,64%) que já foram submetidas a intervenção cirúrgica há menos de 6 meses e o último grupo (G3) engloba 35 sujeitos (31,82%) que já foram submetidos a cirurgia bariátrica há mais de 6 meses - Figura 1. A este nível, de entre os vários métodos cirúrgicos utilizados para o tratamento da obesidade, o *bypass* gástrico é o mais recorrente, uma vez que quase a totalidade da amostra, isto é 83,64% ( $N=92$ ), está proposta ou já realizou este tipo de cirurgia, tal como comprova a Figura 2.

Figura 1. Distribuição dos três grupos/fase do processo cirúrgico da amostra

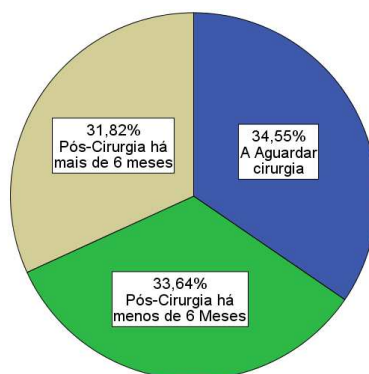
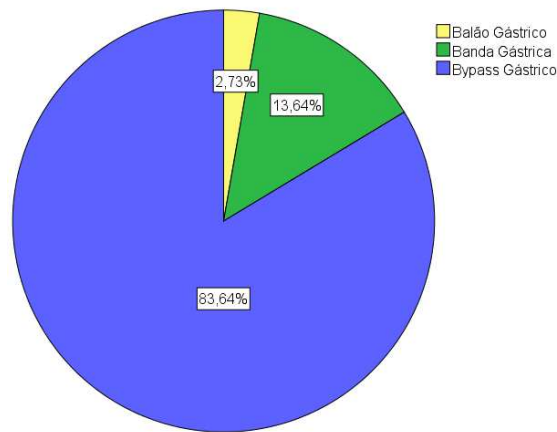


Figura 2. Distribuição dos procedimentos cirúrgicos da amostra



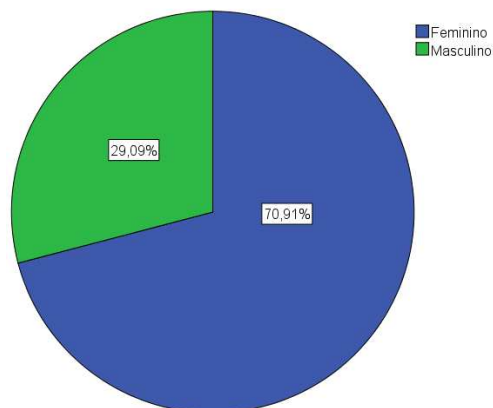
No que concerne ao grau de obesidade patente na amostra, cerca de 75,5% dos participantes (N=83) apresentam obesidade de grau III também denominada de mórbida. Em contrapartida, 22,7% padece de obesidade de tipo II (N=25), sendo que apenas dois sujeitos evidenciam um grau leve de obesidade (1,8%). Estes dados estão patentes na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição do grau de obesidade da amostra

	Frequência	Porcentagem (%)
Obesidade de tipo 1	2	1,8
Obesidade de tipo 2	25	22,7
Obesidade de tipo 3	83	75,5

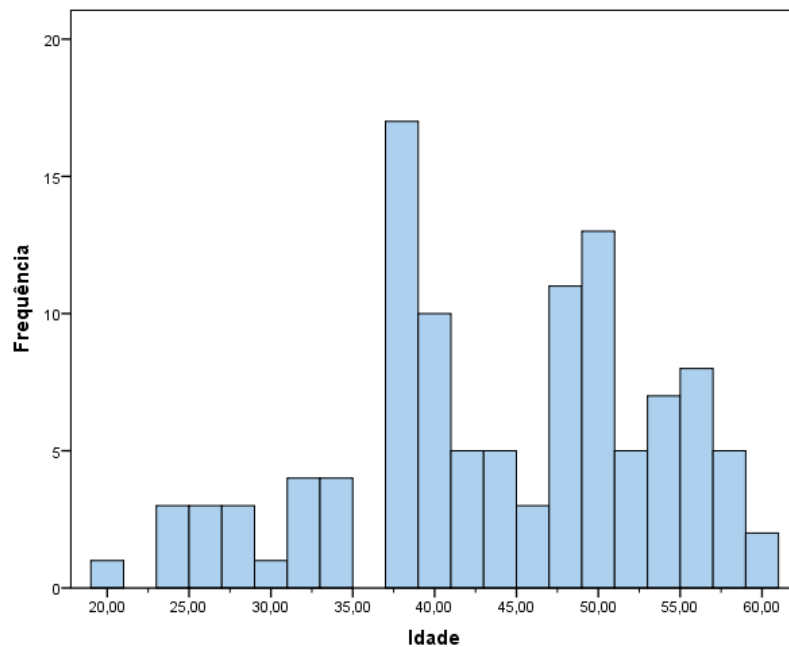
Em relação ao género sexual, é importante constatar que a amostra é maioritariamente constituída por sujeitos do sexo feminino (70,91%), isto é cerca de 78 mulheres. Em contrapartida o género masculino está em minoria (29,09%), uma vez que a amostra é composta apenas por 32 homens - Figura 3.

Figura 3: Distribuição do género sexual da amostra



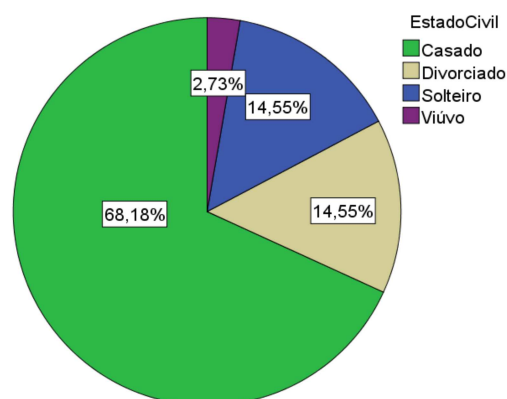
A idade dos participantes varia entre os 20 e os 59 anos, tendo uma média de 43.37 e um desvio-padrão de 9,47. Importa referir que os 37 anos foi a idade que apresentou maior frequência ( $Mo=37$ ). A distribuição das idades pode ser observada na Figura 4.

Figura 4: Distribuição das idades da amostra



Quanto ao estado civil, é possível observar, tendo em conta a Figura 5, que a amostra é maioritariamente casada (68,18%), englobando 75 dos 110 participantes. Os solteiros e divorciados apresentam uma percentagem idêntica, isto é 14,55% ( $N=16$ ). Existe apenas 3 sujeitos viúvos nesta investigação (2,73%).

Figura 5: Distribuição do estado civil da amostra



Relativamente à situação profissional, é de salientar que mais de metade dos participantes encontra-se empregado, isto é 74,5% da amostra (N=82). Os sujeitos desempregados constituem 21,8% (N=24) da totalidade dos participantes em estudo, sendo que existem apenas 4 aposentados (3,6%). Estes dados podem ser examinados na Tabela 4.

**Tabela 4: Distribuição da situação profissional da amostra**

	Frequência	Percentagem (%)
Empregado	82	74,5
Desempregado	24	21,8
Aposentado	4	3,6

Relativamente à obesidade propriamente dita, é de ressaltar que apenas 15,5% da amostra (N=17) refere que desde sempre evidenciou excesso de peso. Em contrapartida cerca de 84,5% (N=93) salienta que o excesso de peso e posterior obesidade não estão diretamente relacionadas com causas biológicas/genéticas, mas sim que se desenvolveu ao longo da vida. Por outro lado a maioria dos participantes na investigação não associa a etiologia desta doença física às fases precoces do ciclo vital, isto é infância (93,6%; N=103), idade escolar (90,9%; N=100) e adolescência (78,2%; N=86). Todavia é na fase da adultez que cerca de 70% (N=77) dos sujeitos refere ter começado a aumentar o peso. Estes dados podem ser observados na Tabela 5. É de referir que os indivíduos ainda associam o aumento de peso a acontecimentos significativos de vida, como o casamento (34,5%; N=38), gravidezes (32,7%; N=36), acontecimentos significativos acidentais (18,2%; N=20), bem como a modificações no estilo de vida (40,9%; N=45), tal como mostra a Tabela 6.

**Tabela 5: Distribuição das etapas desenvolvimentais relativas à gênese da obesidade**

	Frequência	Percentagem (%)
Nascimento	17	15,5
Infância	7	6,4
Idade Escolar	10	9,1
Adolescência	24	21,8
Adultez	77	70

**Tabela 6: Distribuição dos acontecimentos de vida Significativos associados à gênese da obesidade**

	Frequência	Percentagem (%)
Casamento	17	15,5
Gravidezes	7	6,4
Acontecimentos significativos acidentais	10	9,1
Modificações no estilo de vida	24	21,8

No que concerne aos fatores que poderão ter potenciado o aumento de peso e consequentemente o desenvolvimento da obesidade, a maioria dos sujeitos em estudo destaca hábitos alimentares desapropriados (96,4%; N=106), presença de antecedentes familiares de excesso de peso/obesidade (93,6%; N=103), comportamento sedentário (68,2%; N=75) e padrão alimentar influenciado pelo estado emocional (59,1%; N=65). Para além destes aspetos existem outros que, embora com menor frequência, estão presentes em determinados participantes, designadamente acontecimentos de vida significativos (30%; N=33), medicação (23,6%; N=26), compulsão alimentar (22,7%; N=25), alterações hormonais (12,7%; N=14), doença física (10,9%; N=12) e alterações metabólicas (6,4%; N=7). Esta informação pode ser verificada na Tabela 7.

**Tabela 7: Distribuição dos fatores potenciadores da obesidade**

	Frequência	Percentagem (%)
Hábitos alimentares desadequados	106	96,4
Compulsão alimentar	25	22,7
Alterações do estado emocional	65	59,1
Acontecimentos de vida	33	30
Medicação	26	23,6
Alterações hormonais	14	12,7
Antecedentes familiares	103	93,6
Alterações metabólicas/orgânicas	7	6,4
Sedentarismo	75	68,2
Doenças	12	10,9

Como se pode ver pela Tabela anterior o padrão alimentar desadequado é um dos principais aspetos associados ao aumento de peso. Neste sentido quase a totalidade dos participantes apresenta erros alimentares que contribuirão para o fomento da obesidade, tais como mastigação rápida dos alimentos (91,8%; N=101), realização das refeições com a televisão ligada (78,1%). Mais de metade da amostra evidencia consumo exagerado de hidratos de carbono (56,4%; N=62), comportamentos de petisco contínuo (52,7%; N=58), reduzida ingestão de água (51,8%; N=57) e consumo excessivo de gorduras e açúcares (51,8%; N=57), saltando frequentemente algumas refeições (54,5%; N=60). O padrão alimentar da amostra ainda é agravado devido ao modo de preparação dos alimentos, uma vez que cerca de 46,4% refere utilizar regularmente molhos, temperos e gorduras na confeção das suas refeições. Importa salientar que cerca de 26,4% (N=29) dos sujeitos apresenta comportamentos de voracidade alimentar e 39,1% (N=43) evidencia comportamentos alimentares noturnos. Estes e outros dados podem ser analisados na Tabela 8.

**Tabela 8: Distribuição dos erros alimentares presentes na amostra**

	Frequência	Porcentagem (%)
“Saltar” refeições	60	54,5
Preparação alimentar (molhos, gorduras e temperos)	51	46,4
Mastigação rápida dos alimentos	101	91,8
Voracidade alimentar	29	26,4
Comportamento de petisco contínuo	58	52,7
Preferência por alimentos hipercalóricos	39	35,5
Reduzido/ausência de consumo de vegetais	39	35,5
Ingestão excessiva de gorduras e açúcares	57	51,8
Realização das refeições em frente à televisão	86	78,2
Consumo excessivo de hidratos de carbono	62	56,4
Reduzida ingestão de água	57	51,8
Ingestão alimentar noturna	43	39,1
Muito tempo sem comer	47	42,7

Importa referir ainda que a amostra em estudo apresenta, em comorbilidade com a obesidade, outras doenças de carácter físico. Destaca-se então a hipertensão arterial (54,5%; N=60) e o colesterol (53,6%; N=59), sendo que a diabetes tipo II, muito associada ao excesso de peso, também está presente com 25,5 de percentagem (N=28). É de observar que os participantes apresentam também queixas de várias índoles, isto é cerca de 37,3% (N=41) refere dores ósseas, 30,9% (N=34) dores musculares e 26,4% (N=29) dificuldades respiratórias. Estes dados podem ser observados na Tabela 9.

**Tabela 9: Distribuição das doenças comórbidas à obesidade na amostra**

	Frequência	Porcentagem (%)
Diabetes tipo II	28	25,5
Hipertensão Arterial	60	54,5
Dificuldades Respiratórias	29	26,4
Colesterol	59	53,6
Dores Ósseas	41	37,3
Dores Musculares	34	30,9
Doença Cardíaca	3	2,7

No que toca às consequências ou ao impacto da obesidade na vida das pessoas portadoras desta doença, mais de metade dos sujeitos da amostra aponta como limitações do excesso de peso: dificuldades de aquisição de vestuário e insatisfação com a autoimagem (87,3%; N=96); problemas funcionais, cansaço e dores físicas (75,5%; N=83); dificuldades no desempenho de tarefas quotidianas (60%; N=66); sintomas psicológicos como ansiedade e depressão (53,6%;

N=59) e problemas sociais e interpessoais, designadamente isolamento e discriminação (52,7%; N=58). Importa salientar que, embora com um pouco menos de expressão, os problemas sexuais/conjugais (40,9%; N=45) e os profissionais (39,1%; N=43), assim como o evitamento das atividades sociais prazerosas (26,4%; N=29) também se destacam como consequências nefastas da obesidade. Tal como se observa na Tabela 10.

**Tabela 10: Distribuição das consequências da obesidade**

	Frequência	Percentagem (%)
Dificuldades de aquisição de vestuário	96	87,3
Dificuldades de desempenho de tarefas diárias	66	60,0
Problemas funcionais, cansaço e dores físicas	83	75,5
Insatisfação com a autoimagem	96	87,3
Sintomas psicológicos	59	53,6
Problemas sociais e interpessoais	58	52,7
Problemas profissionais	43	39,1
Problemas conjugais/sexuais	45	40,9
Alvo de gozo/chacota por parte de familiares	4	3,6
Evitamento de atividades sociais prazerosas	29	26,4

Para tentar colmatar o peso excessivo, os indivíduos integrados no estudo referem ter encetado inúmeras tentativas de perda de peso, designadamente por iniciativa própria, com acompanhamento especializado de nutrição e/ou uso de produtos naturais aconselhado por especialista. No que diz respeito ao primeiro método, mais de metade da amostra, isto é 58 pessoas (52,7%), refere ter encetado autonomamente tentativas de emagrecimento, sendo que apenas 14,5% (N=16) conseguiram efetivamente perder peso. É de salientar que dessas 58 pessoas apenas 3,6% (N=4) adquiriram benefícios com este método de perda de peso, designadamente regras alimentares. No que concerne ao acompanhamento nutricional, é de referir que quase a totalidade da amostra, mais especificamente 90,9% (N=100), requereu apoio especializado na área da nutrição. Mais de metade desses sujeitos (52,7%; N=58) conseguiu resultados satisfatórios (perda de peso) e 46,4% (N=51) conseguiu manter os benefícios (regras alimentares) após o término do processo de emagrecimento. Em contrapartida apenas 12,7% dos inquiridos (N=14) recorreram a produtos naturais para emagrecer, sendo que só 9 (8,2%) deles perderam peso e 5 (4,5%) adquiriram regras alimentares após o tratamento. Estes e outros dados podem ser atentados na Tabela 11.

**Tabela 11: Distribuição das tentativas de perda de peso e respetivos resultados e benefícios**

	Frequência	Percentagem (%)
<u>Perda de peso por iniciativa própria</u>	58	52,7
Presença de resultados de perda de peso	16	14,5
Ausência de resultados de perda de peso	42	38,2
Ausência de benefícios posteriores	54	49,1

Presença de benefícios posteriores: Regras alimentares	4	3,6
<u>Acompanhamento nutricional</u>	100	90,9
Presença de resultados de perda de peso	58	52,7
Ausência de resultados de perda de peso	42	38,2
Ausência de benefícios posteriores	49	44,5
Presença de benefícios posteriores: Regras alimentares	51	46,4
<u>Perda de peso mediante produtos naturais</u>	14	12,7
Presença de resultados de perda de peso	9	8,2
Ausência de resultados de perda de peso	5	4,5
Ausência de benefícios posteriores	9	8,2
Presença de benefícios posteriores: Regras alimentares	5	4,5

Foi também averiguado qual a expectativa dos sujeitos relativamente às dificuldades inerentes ao processo cirúrgico. Nesta sequência foi apurado que quase a totalidade da amostra, isto é 86,4% (N=95) destaca a mudança no comportamento alimentar como o aspeto mais complexo de todo o processo bariátrico. Os procedimentos/tratamentos médicos (30%), assim como implementação do exercício físico (31,8%), embora com menor destaque, também apresentam uma expressão interessante, tal como se pode analisar na Tabela 12.

**Tabela 12: Distribuição das dificuldades expetáveis face ao processo cirúrgico**

	Frequência	Percentagem (%)
Mudança no comportamento alimentar	95	86,4
Autocontrolo no ato de comer	11	10
Procedimentos/tratamentos médicos	33	30
Prática de exercício físico	35	31,8

Por fim no que concerne aos benefícios expetáveis para o período pós-cirúrgico a amostra destaca uma melhoria a nível estético e de autoestima (95,5%), aumento da sensação de bem-estar psicoemocional (91,8%), aquisição de vestuário facilitado (85,5%), assim como melhoria do estado geral da saúde física (81,8%). Para além destes aspetos, a sensação de maior proximidade e bem-estar na interação com outros é um resultado expetável para a cirurgia em cerca de 61 participantes (55,5%), assim como a diminuição da sintomatologia depressiva para 40% da totalidade da amostra. Estes dados podem ser esmiuçados na Tabela 13.

**Tabela 13: Distribuição dos resultados expetáveis pós-cirúrgicos**

	Frequência	Percentagem (%)
Diminuição dos sintomas depressivos	44	40
Redução dos sintomas de ansiedade	15	13,6
Sensação de bem-estar psicológico e emocional	101	91,8
Melhoria do estado geral de saúde física	90	81,8
Facilidade na aquisição de vestuário	94	85,5

Sensação de proximidade e bem-estar na interação social	61	55,5
Sensação de maior proximidade à família	3	2,7
Relação conjugal e sexual mais prazerosa	37	33,6
Melhoria a nível estético e de autoestima	105	95,5
Execução de atividades sociais prazerosas	30	27,3

No que diz respeito à Escala de Satisfação com o Suporte Social é possível aferir que a percepção de Apoio Social da amostra varia entre os 26 e os 75 pontos, tendo uma média de 55,872 e desvio-padrão de 12,245. Estes últimos valores indicam que em média a amostra apresenta uma percepção de suporte social alta, de acordo com a classificação de Batista, Batista & Torres (2006). Tendo em conta a fase do processo cirúrgico em que os pacientes obesos se encontram, é possível aferir que em média o grupo 1 ( $\bar{x} \cong 51,526$ ;  $s \cong 14,470$ ), 2 ( $\bar{x} \cong 58,432$ ;  $s \cong 10,172$ ) e 3 ( $\bar{x} \cong 57,886$ ;  $s \cong 10,529$ ) evidenciam uma percepção de suporte social média-alta mediante a classificação dos autores acima referenciado. Contudo é o grupo 2 constituído por sujeitos que já foram submetidos a cirurgia até 6 meses que exibem uma percepção de apoio social mais positiva, em comparação com os restantes. De modo mais específico, a dimensão Amizade apresenta uma média de 19,16 e desvio-padrão de 4,86, variando entre 5 e os 25 pontos. No que concerne à fase do processo cirúrgico, é possível averiguar que o grupo 1 ( $\bar{x} \cong 17,447$ ;  $s \cong 5,944$ ), 2 ( $\bar{x} \cong 20,054$ ;  $s \cong 3,922$ ) e 3 ( $\bar{x} \cong 20,086$ ;  $s \cong 3,981$ ) exibem uma percepção de suporte social elevada no que diz respeito aos amigos, dado que a pontuação desta dimensão varia entre 5 e 25 pontos e ambos os grupos situam-se mais próximos da pontuação máxima. No caso do fator Intimidade, este varia entre 5 e 20 de pontuação, exibindo uma média de 15,155 e desvio-padrão de 4,057, indicando que em média a amostra exibe uma percepção satisfatória de apoio íntimo, tendo em consideração que nesta dimensão a pontuação varia entre 4 e 20 pontos. É possível contatar de forma mais detalhada que os sujeitos do grupo 1 ( $\bar{x} \cong 13,553$ ;  $s \cong 4,654$ ) são aqueles que exibem uma percepção de apoio na relação íntima menos satisfatória, em comparação com o grupo 2 ( $\bar{x} \cong 16,378$ ;  $s \cong 3,378$ ) e 3 ( $\bar{x} \cong 15,600$ ;  $s \cong 3,759$ ) que manifestam satisfação nesse âmbito.

A pontuação da dimensão Família vai desde 6 até 15 pontos, apresentando uma média de 12,68 e desvio-padrão de 2,34, transparecendo que a amostra, em média, apresenta satisfação no que diz respeito ao apoio familiar, tendo em consideração que nesta dimensão a pontuação varia entre 3 e 15 pontos. De modo mais pormenorizado, em todos os grupos estudados há a presença de uma percepção positiva de suporte proveniente da família: G1 ( $\bar{x} \cong 12,921$ ;  $s \cong 2,283$ ), G2 ( $\bar{x} \cong 12,622$ ;  $s \cong 1,800$ ), G3 ( $\bar{x} \cong 12,486$ ;  $s \cong 2,904$ ). Por fim a dimensão Atividades Sociais varia entre 3 e 15 pontos com média de 8,87 e desvio-padrão de 3,88. Dado que a pontuação desta dimensão varia entre 3 e 15 pontos, a amostra exibe uma percepção ligeiramente baixa, indicando que se encontra pouco satisfeita com as atividades sociais. Considerando as etapas cirúrgicas pelas quais os pacientes atravessam, é o grupo

constituído por sujeitos candidatos a cirurgia bariátrica ( $\bar{X} \cong 7,605$ ;  $s \cong 3,997$ ) que exibe um índice satisfatório mais baixo, comparativamente com os dois grupos que se situam no momento pós-cirúrgico (G2:  $\bar{X} \cong 9,378$ ;  $s \cong 3,631$ ; G3:  $\bar{X} \cong 9,714$ ;  $s \cong 3,746$ ). Estes resultados podem ser observados na Tabela 14. Nesta sequência, quando questionados acerca da sua rede de apoio social face à operação, mais de metade dos sujeitos mencionam o companheiro/esposa (60,9%; N=67) e os amigos (59,1%; N=65) como as figuras que maior suporte fornecem. Por outro lado cerca de 46,4% (N=51) e 44,5% (N=49) da amostra encara respetivamente as figuras paternas e filiais como sendo também fontes de suporte no que diz respeito ao tratamento cirúrgico bariátrico. Estas informações estão presentes na Tabela 15.

**Tabela 14: Distribuição da Escala de Satisfação com o Suporte Social: Dimensões e Score Total.**

		Fase do Processo Cirúrgico			
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Dimensão	N	38	37	35	110
Amizade	Média (Desvio-padrão)	17,447 (5,944)	20,054 (3,922)	20,086 (3,981)	19,164 (4,8567)
	Mínimo-Máximo	5-25	10-25	11-25	5-25
Dimensão	N	38	37	35	110
Intimidade	Média (Desvio-padrão)	13,553 (4,654)	16,378 (3,130)	15,600 (3,759)	15,155 (4,057)
	Mínimo-Máximo	5-20	8-20	8-20	5-20
Dimensão	N	38	37	35	110
Família	Média (Desvio-padrão)	12,921 (2,283)	12,6216 (1,800)	12,486 (2,904)	12,682 (2,346)
	Mínimo-Máximo	7-15	9-15	6-15	6-15
Dimensão	N	38	37	35	110
Atividades	Média (Desvio-padrão)	7,605 (3,997)	9,3784 (3,631)	9,714 (3,746)	8,873 (3,877)
Sociais	Mínimo-Máximo	3-15	4-15	3-15	3-15
ESSS	N	38	37	35	110
Score Total	Média (Desvio-padrão)	51,526 (14,470)	58,432 (10,172)	57,886 (10,529)	55,873 (12,245)
	Mínimo-Máximo	26-75	34-75	34-75	26-75

**Tabela 15: Distribuição das fontes de suporte social da amostra**

	Frequência	Percentagem (%)
Companheiro	67	60,9
Filhos	49	44,5
Médicos	15	13,6
Pais	51	46,4
Família Alargada	19	17,3
Amigos	65	59,1
Colegas de trabalho	11	10,0

No âmbito da Escala de Ansiedade e Depressão Clínica, é importante mencionar que a maioria da amostra apresenta estabilidade psicoemocional, isto é 60,9% (N=67) evidencia ausência de sintomatologia ansiógena e 54,5% (N=82) ausência de sintomas depressivos. Porém é de ressaltar que, apesar de surgir em menor escala, alguns sujeitos apresentam sintomas disfuncionais quer ansiógenos, quer depressivos. No que diz respeito aos primeiros, 19,1% da amostra (N=67) evidencia sintomas leves, 14,5% (N=16) sintomatologia ansiógena moderada e uma minoria, isto é 5,5% (N=6), evidencia ansiedade severa (Tabela 16). Relativamente à sintomatologia depressiva, 11,8% (N=13) exhibe níveis leves, 10,9% (N=12) moderados e 2,7% (N=3) severos (Tabela 17). Estes valores indicam então que, embora a maioria dos sujeitos avaliados apresentem ausência de sintomatologia psicoemocional, uma percentagem significativa da amostra evidencia distúrbios a este nível. Relativamente ao historial psiquiátrico, cerca de 50,9% dos sujeitos (N=56) evidencia antecedentes depressivos, sendo que essa mesma percentagem refere ter recebido acompanhamento psicofarmacológico. Estes valores invertem-se quando se fala de ansiedade, uma vez que apenas 19,1% da amostra (N=21) exhibe historial de episódios de ansiedade, tendo recebido apoio medicamentoso para o efeito. Assim, embora a amostra apresente maior percentagem de sujeitos com antecedentes depressivos do que ansiogénicos, em ambos os casos os sujeitos estudados referem ter recebido acompanhamento psicofarmacológico adequado, sendo este um aspeto importante que denota uma consciencialização quer médica quer da sociedade para as questões psicoemocionais disruptivas (Tabela 18).

**Tabela 16: Distribuição da subescala Ansiedade da HADS**

	Frequência	Percentagem (%)
Sem sintomatologia ansiógena	67	60,9
Ansiedade Leve	21	19,1
Ansiedade Moderada	16	14,5
Ansiedade Severa	6	5,5
Total	110	100

**Tabela 17: Distribuição da subescala Depressão da HADS**

	Frequência	Percentagem (%)
Sem sintomatologia depressiva	82	74,5
Depressão Leve	13	11,8
Depressão Moderada	12	10,9
Depressão Severa	3	2,7
Total	110	100

**Tabela 18: Distribuição dos antecedentes psicoemocionais da amostra**

		Frequência (N)	Porcentagem (%)
Depressão	Presença	56	50,9
	Ausência	54	49,1
Medicação Antidepressiva	Sim	56	50,9
	Não	54	49,1
Ansiedade	Presença	21	19,1
	Ausência	89	80,9
Medicação Ansiolítica	Sim	21	19,1
	Não	89	80,9

### 3.2. Análise Inferencial:

Para que se possa extrair conclusões deste estudo, é necessário uma análise inferencial através dos dados obtidos. Assim os principais objetivos desta análise passam por estimar parâmetros e verificar hipóteses. Testar estatisticamente uma proposição permite aos investigadores criar critérios objetivos de modo a aceitar ou rejeitar as hipóteses (Polit & Hungler, 2004). Com recurso ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* que fornece informação acerca da normalidade da amostra, constatámos que estamos perante uma amostra que não segue uma distribuição normal. Como tal foram utilizados testes não paramétricos na análise inferencial dos dados. De seguida serão apresentados os resultados obtidos através da estatística não paramétrica consoante os níveis de análise e as respetivas hipóteses.

#### ➤ Nível 1: Perceção de Suporte Social

**H1: O género feminino apresenta maior perceção de suporte social, em comparação com os homens.**

Com o intuito de testar a hipótese “O género feminino apresenta maior perceção de suporte social, em comparação com os homens”, recorreu-se ao teste *Mann-Whitney* para averiguar se existe uma relação entre a variável suporte social percecionado e o género. Desta comparação foi aferido que há diferenças significativas entre o género feminino e o masculino ao nível da perceção de apoio social,  $U = 910.00$ ,  $p = .026$ . Neste sentido a média do género feminino (*Ordem Média*  $\cong 51.17$ ) é inferior à do masculino (*Ordem Média*  $\cong 66.06$ ), revelando que são os homens que manifestam uma perceção de suporte social mais satisfatória. Este fato comprova então que na amostra em estudo a questão hipotetizada não se aplica, tal como se observa na Tabela 19.

**Tabela 19: Diferenças ao nível do suporte social percebido em função do género, de acordo com teste *Mann-Whitney***

	Género		U	p
	Feminino	Masculino		
	(n=78)	(n=32)		
<i>Ordem Média</i>				
ESSS_Score Total	51.17	66.06	910.00	.026

**H2: Os sujeitos com obesidade de tipo 3 apresentam baixa percepção social em comparação com os sujeitos portadores de obesidade 1 e 2.**

Com o objetivo de analisar em que medida a dimensão suporte social percebido se relaciona com a variável IMC, recorreu-se à sua comparação através da estatística de teste *Kruskal-Wallis*. Pretende-se verificar se existem diferenças significativas entre os vários graus de obesidade (IMC), considerando  $p < .05$ . Foi apurado a não existência de diferenças significativas ao nível da percepção de suporte social em função do IMC,  $\chi^2 (2) = 2.33$ ,  $p = .312$ . Como tal a proposição hipotetizada não se confirma (Tabela 20).

**Tabela 20: Diferenças ao nível do suporte social percebido em função do grau de obesidade, segundo o teste *Kruskal-Wallis***

	IMC			$\chi^2 (2)$	$p$
	Obesidade 1 ( $n=2$ )	Obesidade 2 ( $n=25$ )	Obesidade 3 ( $n=83$ )		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>		
ESSS_Score Total	43.75	47.72	58.13	2.33	.312

**H3: Os sujeitos obesos candidatos a cirurgia exibem menor percepção de apoio social, comparativamente com os sujeitos que já foram submetidos a tratamento cirúrgico bariátrico.**

Mediante a estatística de teste *Kruskal-Wallis*, tentou averiguar-se em que medida a percepção do apoio social difere com a etapa do processo cirúrgico bariátrico. Para tal comparou-se as duas variáveis, tendo em consideração o nível de significância  $p < .05$ . Constatou-se então que existem diferenças estatisticamente significativas entre a percepção de suporte social e a fase do tratamento cirúrgico bariátrico,  $\chi^2 (2) = 6.123$ ,  $p = .047$ , dado que são os candidatos a cirurgia (G1: *Ordem média*  $\cong 45.16$ ) que exibem menor percepção de apoio social, comparativamente com os sujeitos já submetidos a este tratamento (G2: *Ordem média*  $\cong 61.27$ ; G3: *Ordem média*  $\cong 60.63$ ). Esta conclusão conduz-nos à validação da hipótese. Porém é possível ir mais longe nesta análise, tendo em conta as diferentes tipologias de apoio social, nomeadamente amigos, relação íntima, família e atividades sociais.

No caso das dimensões amizade,  $\chi^2 (2) = 4.169$ ,  $p = .124$ , e família,  $\chi^2 (2) = .679$ ,  $p = .712$ , não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o apoio percebido e a etapa cirúrgica em que o sujeito se posiciona. Em contrapartida no que diz respeito à dimensão intimidade, foi possível observar a existência de diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao modo como os sujeitos da amostra percebem o apoio proveniente do seu relacionamento íntimo consoante a fase cirúrgica em que se posicionam,  $\chi^2 (2) = 7.991$ ,  $p = .018$ . Assim são os sujeitos do grupo 1, isto é propostos para cirurgia (*Ordem média*  $\cong 44.24$ ), que evidenciam menor satisfação com o seu par íntimo, em

comparação com o grupo 2 (*Ordem média*≅64.24) e 3 (*Ordem média*≅58.49). Por fim foi ainda possível encontrar diferenças estatisticamente significativas na dimensão Atividades sociais,  $\chi^2(2) = 6.540$ ,  $p = .038$ , indicando que o apoio percebido que é proveniente dessas atividades varia consoante a etapa cirúrgica. Assim é de salientar que os pacientes do grupo 1 (*Ordem média*≅44.92) evidenciam uma percepção mais debilitada deste apoio, comparativamente com os indivíduos do grupo 2 (*Ordem média*≅60.01) e 3 (*Ordem média*≅62.21). Estes dados podem ser observados na Tabela 21.

**Tabela 21: Diferenças ao nível do suporte social percebido em função da fase cirúrgica, de acordo com o teste *Kruskal-Wallis***

	Fase do processo cirúrgico			$\chi^2$	df	p
	G1 ( <i>Ordem Média</i> )	G2 ( <i>Ordem Média</i> )	G3 ( <i>Ordem Média</i> )			
Score Total	45.16	61.27	60.63	6.123	2	.047
Amizade	47.04	59.34	60.63	4.169	2	.124
Intimidade	44.24	64.24	58.49	7.991	2	.018
Família	57.87	52.27	56.37	0.679	2	.712
Atividades Sociais	44.92	60.01	62.21	6.540	2	.038

**H4:A presença sintomatologia ansiógena e depressiva estão associadas à baixa percepção de suporte social em sujeitos obesos.**

Com o objetivo de averiguar a relação entre alterações emocionais e a percepção deficitária de suporte social, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de *Spearman*, tendo em consideração o nível de significância  $p < .05$ . Apurou-se que existe uma correlação negativa significativa entre os sintomas psicoemocionais, isto é ansiedade e depressão, e a percepção de suporte social,  $r_s = -.448$ ,  $p < .01$  e  $r_s = -.504$ ,  $p < .01$  respetivamente. Assim, níveis elevados de ansiedade e depressão estão associados a níveis baixos de percepção de apoio social. Tal observação reforça a hipótese levantada, conduzindo-nos à sua aceitação, tal como demonstra a Tabela 22.

**Tabela 22: Coeficiente de Correlação de *Spearman* entre Ansiedade/Depressão e Percepção de Suporte Social**

		Ansiedade	Depressão
	$r_s$	-.448	-.504
ESSS_Score Total	p	.000	.000
	N	110	110

➤ Nível 2: Depressão

**H1:As mulheres obesas apresentam níveis mais elevados de depressão do que os homens.**

Para testar esta hipótese recorreu-se ao teste *Mann-Whitney* para averiguar a relação que existe entre a dimensão depressão e o género. Desta comparação foi aferido que não existem diferenças significativas entre o género feminino e o masculino ao nível da depressão,  $U = 1075.00$ ,  $p = .136$ . Apesar disso a média do género feminino (*Ordem Média*  $\cong 57.72$ ) é ligeiramente superior à do masculino (*Ordem Média*  $\cong 50.09$ ), revelando que são as mulheres que apresentam níveis ligeiramente mais altos de depressão, comparativamente com os homens. Tal como se observa na Tabela 23.

**Tabela 23: Diferenças ao nível da depressão em função do género, segundo o teste *Mann-Whitney***

	Género		U	p
	Feminino (n=78)	Masculino (n=32)		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>		
Dimensão Depressão	57.72	50.09	1075.00	.136

**H2:As pessoas com obesidade de tipo 3 exibem níveis mais elevados de depressão em comparação com os indivíduos portadores de obesidade 1 e 2.**

Com o objetivo de analisar em que medida a dimensão depressão se relaciona com a variável IMC, recorreu-se à sua comparação através da estatística de teste *Kruskal-Wallis*, a fim de verificar se existem diferenças significativas entre os vários graus de obesidade (IMC), considerando  $p < .05$ . Foi apurado a não existência de diferenças significativas ao nível da presença de depressão em função do IMC,  $\chi^2 (2) = .675$ ,  $p = .714$ . Conclui-se então que a hipótese idealizada não se confirma na amostra estudada (Tabela 24).

**Tabela 24: Diferenças ao nível da depressão em função do IMC/grau de obesidade, segundo o teste *Kruskal-Wallis***

	IMC			$\chi^2 (2)$	p
	Obesidade 1 (n=2)	Obesidade 2 (n=25)	Obesidade 3 (n=83)		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>		
Dimensão Depressão	65.25	52.80	56.08	.675	.714

**H3: As pessoas que aguardam tratamento cirúrgico apresentam níveis de depressão mais elevados, comparativamente com os sujeitos que já foram submetidos a cirurgia.**

Recorreu-se ao teste *Kruskal-Wallis* para comparar o grau de depressão nos diferentes grupos em estudo que correspondem às três fases do processo cirúrgico bariátrico. Verificou-se que

há diferenças significativas ao nível da depressão em função da fase do processo cirúrgico em que o paciente obeso se encontra,  $\chi^2 (2) = 43.778$ ,  $p < .01$  (Tabela 25). Aprofundando um pouco mais esta análise, os testes de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni* (nível de significância de  $p = .017$ ) evidenciaram diferenças significativas entre o grupo G1 (*Ordem Média*  $\cong 49.68$ ) e o G2 (*Ordem Média*  $\cong 26.00$ ),  $U = 259.00$ ,  $p < .01$ , isto é os sujeitos que aguardam pela cirurgia evidenciam níveis mais elevados de depressão do que aqueles que já foram submetidos por um período até 6 meses. Foram ainda encontradas diferenças significativas entre o G1 (*Ordem Média*  $\cong 46.18$ ) e o G3 (*Ordem Média*  $\cong 27.03$ ),  $U = 316.00$ ,  $p < .01$ , observando que os pacientes propostos para cirurgia evidenciam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, comparativamente com o grupo de sujeitos que já foram submetidos a cirurgia há mais de 6 meses. Como tal estes dados confirmam a hipótese levantada.

**Tabela 25: Diferenças ao nível da depressão em função da fase do processo cirúrgico, segundo o teste *Kruskal-Wallis***

	Fase do Processo Cirúrgico			$\chi^2 (2)$	<i>p</i>
	G1 (n=38)	G2 (n=37)	G3 (n=35)		
Dimensão Depressão	<i>Ordem Média</i> 76.37	<i>Ordem Média</i> 41.50	<i>Ordem Média</i> 47.64	43.778	<.01

**H4: O grau de depressão está associado com a fase do processo cirúrgico em que o paciente se encontra.**

Foi utilizado o teste de *Qui-Quadrado* para averiguar a existência de associação entre o grau de depressão e a fase do processo cirúrgico bariátrico onde se encontra o paciente. Neste sentido aferiu-se há uma associação significativa entre as variáveis,  $\chi^2 (6) = 45.15$ ,  $p < .01$ . Pode ainda observar-se que são os grupos 2 (45,1%) e 3 (37,8%) que exibem, com maior expressão, ausência de sintomatologia depressiva, sendo que o grupo 1 (17,1%) é aquele que menor está associado a tal. Nesta sequência é de referir que o grupo dos sujeitos propostos para cirurgia (G1) é o que está mais está associado à presença de sintomatologia ansiógena leve (G1=84,6%; G2=0%; G3=15,4%), moderada (G1=83,3%; G2=0,0%; G3=16,7%) e severa (G1=100,0%; G2=0%; G3=0%). Estes dados podem ser observados na Tabela 26. Pode concluir-se então que existe uma associação significativa entre o grau de depressão e a etapa onde o sujeito se posiciona, confirmando assim a hipótese formulada.

**Tabela 26: Associação entre Depressão e fase cirúrgica, segundo o teste de *Qui-Quadrado***

	Fase do processo cirúrgico		
--	----------------------------	--	--

		Aguardar cirurgia (G1)	Pós-Cirurgia até 6mes (G2)	Pós-Cirurgia +6meses (G3)
	Sem Sintomatologia	17,1% (n=14)	45,1% (n=37)	37,8% (n=31)
	Depressão Leve	84,6% (n=11)	0% (n=0)	15,4% (n=2)
Depressão	Depressão Moderada	83,3%(n=10)	0% (n=0)	16,7% (n=2)
	Depressão Severa	100,0% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)
	$\chi^2$	45.15		
	$df$	6		
	$p$	<.01		

➤ Nível 3: Ansiedade

**H1: As mulheres obesas apresentam níveis mais elevados de ansiedade do que os homens.**

Com o intuito de testar esta hipótese recorreu-se ao teste *Mann-Whitney* para averiguar a relação que existe entre a dimensão ansiedade e o género. Desta comparação foi aferido que há diferenças significativas entre o género feminino e o masculino ao nível da ansiedade,  $U = 986.00$ ,  $p = .049$ . Neste sentido a média do género feminino (*Ordem Média*  $\cong 58.86$ ) é superior à do masculino (*Ordem Média*  $\cong 47.31$ ), revelando que são as mulheres que exibem níveis mais elevados de ansiedade, comparativamente com os homens. Estes resultados vêm confirmar a suposição levantada, tal como se observa na Tabela 27.

Tabela 27: Diferenças ao nível da ansiedade em função do género, segundo o teste *Mann-Whitney*

	Género		$U$	$p$
	Feminino (n=78)	Masculino (n=32)		
<i>Ordem Média</i>				
Dimensão Ansiedade	58.86	47.31	986.00	.049

**H2: As pessoas com obesidade de tipo 3 exibem níveis mais elevados de ansiedade em comparação com os indivíduos portadores de obesidade 1 e 2.**

Com o objetivo de analisar em que medida a dimensão ansiedade se relaciona com a variável IMC, recorreu-se à sua comparação através da estatística de teste *Kruskal-Wallis*, a fim de verificar se existem diferenças significativas entre os vários graus de obesidade (IMC), considerando  $p < .05$ . Foi apurado a não existência de diferenças significativas ao nível da presença de ansiedade em função do IMC,  $\chi^2 (2) = 3.93$ ,  $p = .14$  (Tabela 28).

Tabela 28: Diferenças ao nível da ansiedade em função do IMC/grau de obesidade, segundo o teste *Kruskal-Wallis*

	IMC			$X^2 (2)$	<i>p</i>
	Obesidade 1	Obesidade 2	Obesidade 3		
	(n=2)	(n=25)	(n=83)		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>		
Dimensão Ansiedade	65.25	54.70	52.49	3.93	.14

**H3:As pessoas que aguardam tratamento cirúrgico apresentam níveis de ansiedade mais elevados, comparativamente com os sujeitos que já foram submetidos a cirurgia.**

Utilizou-se o teste *Kruskal-Wallis* para comparar o grau de ansiedade nos diferentes grupos em estudo que correspondem às três fases do processo cirúrgico bariátrico. Desta análise verificou-se que há diferenças significativas ao nível da ansiedade em função da fase do processo cirúrgico em que o paciente obeso se encontra,  $X^2 (2) = 24.19$ ,  $p < .01$  (Tabela 29). Aprofundando um pouco mais esta análise, os testes de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni*, com nível de significância de  $p = .017$ , evidenciaram diferenças significativas entre o grupo G1 (*Ordem Média*  $\cong$  48.63) e o G2 (*Ordem Média*  $\cong$  27.08),  $U = 299.00$ ,  $p < .01$ , isto é os sujeitos que aguardam pela cirurgia evidenciam níveis mais elevados de ansiedade do que aqueles que já foram submetidos por um período até 6 meses. Por outro lado também foram encontradas diferenças significativas entre o G2 (*Ordem Média*  $\cong$  31.18) e o G3 (*Ordem Média*  $\cong$  42.13),  $U = 450.50$ ,  $p = .003$ , denotando que os sujeitos que foram operados até 6 meses apresentam níveis ansiógenos mais elevados do que aqueles que já foram alvo de intervenção cirúrgica há mais de 6 meses. Assim pode dizer-se que a suposição é confirmada, dado que os sujeitos propostos para cirurgia apresentam níveis mais elevados de ansiedade, sendo que, de entre os sujeitos operados, os menos ansiosos são os submetidos a cirurgia há mais de 6 meses.

**Tabela 29: Diferenças ao nível da ansiedade em função da fase do processo cirúrgico, segundo o *Mann-Whitney***

	Fase do Processo Cirúrgico			$X^2 (2)$	<i>p</i>
	G1	G2	G3		
	(n=38)	(n=37)	(n=35)		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>		
Dimensão Ansiedade	70.92	39.26	55.93	24.19	<,01

**H4: O grau de ansiedade está associado com a fase do processo cirúrgico em que o paciente se encontra.**

Foi utilizado o teste de *Qui-Quadrado* para averiguar a associação entre o grau de ansiedade e a fase do processo cirúrgico bariátrico. Neste sentido aferiu-se que há uma associação

significativa entre a ansiedade e a etapa cirúrgica onde o sujeito se encontra,  $\chi^2 (6) = 24.60$ ,  $p < .01$ . Pode ainda observar-se que são os grupos 2 (49,3%) e 3 (31,3%) que exibem, com maior expressão, ausência de sintomatologia ansiógena, sendo que o grupo 1 (19,4%) é aquele que menor está associado a tal. Nesta sequência é de referir que o grupo dos sujeitos propostos para cirurgia (G1) é o que está mais associado à presença de sintomatologia ansiógena leve (G1=52,7%; G2=14,3%; G3=33,3%), moderada (G1=62,5%; G2=6,3%; G3=31,3%) e severa (G1=66,7%; G2=0%; G3=33,3%). Estes dados (Tabela 30) confirmam a hipótese tecida, uma vez que a ansiedade está correlacionada com a etapa cirúrgica bariátrica, sendo que é o grupo proposto para esta operação que mais evidencia sintomatologia ansiógena.

**Tabela 30: Associação entre a ansiedade e processo cirúrgico, mediante o teste de Qui-Quadrado**

		Fase do processo cirúrgico		
		Aguardar cirurgia (G1)	Pós-Cirurgia até 6mes (G2)	Pós-Cirurgia +6meses (G3)
Dimensão Ansiedade	Sem Sintomatologia	19,4% (n=11)	49,3% (n=33)	31,3% (n=21)
	Ansiedade Leve	52,4% (n=11)	14,3% (n=3)	33,3% (n=7)
	Ansiedade Moderada	62,5%(n=10)	6,3% (n=1)	31,3% (n=5)
	Ansiedade Severa	66,7% (n=4)	0% (n=0)	33,3% (n=2)
$\chi^2$	24.60			
$df$	6			
$p$	<.01			

## IV. Discussão e Conclusões

Dado que os resultados da presente pesquisa foram esmiuçados tendo em consideração dois tipos de análise (descritiva e inferencial), optámos por realizar a discussão, separadamente, para cada uma delas.

### Análise Descritiva

Com esta investigação, pretendemos estudar o fenómeno da obesidade, bem como a dimensão psicoemocional e o suporte social percebido numa amostra constituída por sujeitos de ambos os géneros portadores de diagnóstico clínico de obesidade e que se encontram envolvidos em tratamento cirúrgico bariátrico para redução de peso. Como se constatou pelos dados obtidos, a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos portadores de obesidade de tipo III, isto é, obesidade mórbida. Este fenómeno está de acordo com o que a literatura tem vindo a apontar, dado que a cirurgia bariátrica é considerada uma alternativa de segunda linha no caso da obesidade mórbida onde as estratégias tradicionais de perda de peso não se revelam eficazes (Power, et al., 2007). Neste sentido a SPCO salienta que, tal como foi comprovado no estudo, a seleção dos candidatos para o tratamento cirúrgico bariátrico deve respeitar alguns critérios, especialmente ao nível do IMC. Assim são selecionados para este

tipo de tratamento, sujeitos com IMC superior a 40Kg/m<sup>2</sup> (75,5% da amostra) ou superior a 35Kg/m<sup>2</sup> com patologia associada (22,7% da amostra).

De entre os vários tratamentos cirúrgicos que a medicina oferece, o *bypass* gástrico é o mais recorrente na amostra estudada. Tal como a literatura menciona, esta técnica tem como finalidade diminuir a absorção dos alimentos a nível intestinal e estomacal. É considerada uma técnica eficaz, dado que melhora da qualidade de vida, potencia a saciedade (Wadden et al., 2007), bem como reduz o peso, IMC, tensão arterial e colesterol (Silva et al., 2009). Por outro lado, dado a reduzida probabilidade de complicações médicas, torna-se uma técnica bastante utilizada (SPCO, 2011). Porém é de salientar que não deixa de ser um método cirúrgico invasivo que interfere com a homeostasia metabólica do nosso organismo. É de constatar, tal como preconiza diversos estudos, que são as mulheres que mais procuram tratamento cirúrgico para o tratamento da obesidade (Travado et al., 2004). Este fenómeno está bastante evidente no presente estudo, dado que é o género feminino aquele que se destaca com aproximadamente 71%. Estudos a nível internacional já haviam concluído o mesmo. Samuel e colaboradores (2006) comprovaram que são de facto as mulheres que procuram com maior veemência tratamentos cirúrgicos. Tal constatação também foi confirmada em estudos portugueses (Carmo et al. cit in Mendes & Pais-Ribeiro, 2010; Travado et al., 2004; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005; Ministério da Saúde, 2009).

Este facto pode dever-se a um cem números de fatores. A OMS (2011) salienta que em Portugal são as mulheres que exibem uma taxa de obesidade mais expressiva, agregando subjacentemente comportamentos mais sedentários em comparação com o sexo masculino. Fatores socioculturais poderão estar sub-repticiamente implícitos à maior expressão de mulheres na procura de tratamento cirúrgico. Ora como é do conhecimento comum que são as mulheres que mais sofrem pressão social para se enquadrarem nos padrões de beleza vigentes numa sociedade que valoriza excessivamente a aparência externa (Almeida, et al., 2011). Estes padrões de beleza que transcendem, por vezes, a magreza levam muitas mulheres a sentirem-se desajustadas no seu meio social, assim como a desenvolverem baixa autoestima e sentimentos de insatisfação com a autoimagem, consolidando a expectativa, muito mais que os homens, de que vão ser negativamente avaliadas mediante o seu peso (Barry, et al., 2008). França e colaboradores (2011) apresentam outros fatores que explicam a maior prevalência do género feminino na procura de tratamentos cirúrgicos, sendo eles: dificuldades na locomoção, mobilização e acesso a vários espaços que impedem as mulheres de realizar os múltiplos papéis a nível social, familiar, doméstico e profissional que têm ao seu encargo. Neste seguimento, a mulher, um ser complexo e envolvido em múltiplas responsabilidades, vê-se limitada em todas as esferas da sua vida. Daí que muitas delas procurem, na medicina, alternativas capazes de reverter os quilos a mais.

É de salientar que mais de metade da amostra é casada (68,1%), tal como se comprova em outros estudos onde este estado civil é predominante (Olinto e colaboradores, 2007). Neste

seguimento existem algumas investigações que apontam que o casamento está associado ao ganho de peso, em contrapartida a separação/divórcio ao emagrecimento (Craig & Truswell, 1990; Kahan, Williamson, 1990; Kahan, Williamson & Stevens, 1991; Sobal, Rauschenbach & Frongillo, 2003; Schoenborn, 2004). Este fenómeno pode ser explicado pelo facto de as pessoas, depois de casarem, praticarem menos atividade física, alterarem os seus padrões alimentares, estando menos focalizadas na ideia de se manterem atrativas (Elder, 1969). Em contrapartida os sujeitos separados ou solteiros estão mais atentos ao seu peso e à sua imagem corporal, encetando esforços para se manterem atrativos no sentido de atrair um parceiro/parceira romântica (Stuart & Jacobson, 1987). Outras explicações podem ser avançadas. Os sujeitos depois do casamento encaram as refeições como um compromisso perante a família, estando por vezes mais expostos a maiores quantidades de alimentos. Nesta linha, Wansink cit in Swencionis & Rendell (2012) apontam para que os sujeitos que fazem refeições com outra pessoa tendem a comer 35% a mais, comparativamente quando comem sozinhos. Quando as refeições são efetuadas com 3 pessoas tendem a comer 75% a mais e quando o grupo é superior a 7 pessoas, tendem a comer 95% a mais do que comeriam se estivessem sozinhos. Assim é fácil compreender que as pessoas casadas tendem a ingerir mais aporte alimentar, dado que fazem as refeições em conjunto. Geralmente também reúnem ambas as famílias em torno da mesa, o que contribui ainda mais para o aumento de peso. Por outro lado as pessoas casadas tendem a praticar exercício físico com menor regularidade, uma vez que as responsabilidades familiares e as atividades diárias exigem maior quantidade de tempo, em comparação com as pessoas solteiras/divorciadas.

Foi verificado que os sujeitos estudados estão maioritariamente empregados, corroborando outras investigações que apontam que a maioria dos pacientes que procuram tratamento cirúrgico para a obesidade se encontra numa atividade remunerada. O facto de estar empregado potencia a autoestima, o senso de autoconfiança, a resiliência e os recursos emocionais, sendo considerado um fator protetor na recuperação cirúrgica (Almeida et al., 2011) e na manutenção do peso (Olinto, Costa & Pattussi, 2007). Importa salientar que, embora com menor expressão, alguns dos participantes, isto é, cerca de 22%, estão desempregados. A questão do desemprego pode ser interpretada de diversas formas. A primeira pode restringir-se à conjuntura económico-social do país pautada por medidas de austeridade, cortes nos mais distintos setores económicos e aumento progressivo da taxa de desemprego na população em geral. Outra explicação prende-se com o preconceito que ainda paira na sociedade relativamente às pessoas com obesidade (Travado et al., 2004), dado que persiste o mito que são preguiçosas, desleixadas, pouco competentes e com baixas competências interpessoais (Moral, 2010).

Um outro fator prende-se com a excessiva valorização da aparência física, especialmente aquando da candidatura para um emprego. De facto atualmente a imagem física tem sido um fator muito valorizado na sociedade, ganhando um novo folgo com a disseminação massiva de

padrões de beleza associados a corpos magros (Appolinário & Claudino, 2000). A aparência, hoje em dia, é considerada um requisito fundamental em muitos setores profissionais, por vezes em detrimento das competências técnicas e interpessoais. Daí que as pessoas, nomeadamente as obesas, que não se enquadrem nos padrões atuais de beleza, são muitas vezes excluídas na sequência do processo de recrutamento, uma vez que, para determinados postos de trabalho, a entidade patronal privilegia pessoas com uma imagem visual apelativa e enquadrada nos padrões socialmente estabelecidos (Sawaia, 1999). Por fim outro aspeto pode estar associado ao facto de as pessoas obesas tendencialmente desenvolverem uma distorção corporal que as conduz a preocuparem-se exageradamente com o seu peso (Rosen, 1996), subestimando outras características pessoais positivas (Wadden et al., 2001). Morais (2010) avança um pouco mais e sugere que a maioria dos obesos sente-se pouco atrativa, acreditando que os outros tecem avaliações pouco favoráveis acerca do seu peso.

Relativamente à etiologia da obesidade, muitas têm sido as teorias e os estudos avançados nesse sentido, tendo por base explicações muito distintas a nível fisiológico, genético-familiar, social, comportamental e psicológico. Do que foi extraído do estudo a maioria das pessoas refere que o aumento exponencial de peso decorreu na fase adulta do ciclo vital muito associado a modificações do estilo de vida. Tal facto pode ser explicado por algumas conjeturas que defendem que a obesidade é um quadro clínico bastante influenciado pelo contexto que envolve os sujeitos. Os alimentos tidos como pouco saudáveis do ponto de vista nutricional estão cada vez mais presentes na sociedade, motivado pela fácil acessibilidade, pelo custo reduzido e pela capacidade persuasiva da publicidade (Swinburn et al., 2004). Aqui se pode integrar a teoria da Externalidade que postula que a pessoa obesa tende a estar mais sensível a fatores externos (Ogden, 2004) que são captados pela visão e olfato, fomentando portanto a ingestão alimentar. Nesta lógica, o comportamento alimentar está condicionado pelo ambiente, dado que se o sujeito estiver inserido num contexto que propicia o acesso fácil à comida, tenderá a sentir-se compelido a consumi-la, sendo que isto não se verifica em espaços onde este acesso está limitado (Apfeldorfer, 1995). Assim se confirma que a população obesa tende a desenvolver obesidade de tipo exógena resultante do consumo calórico exacerbado, comparativamente com o gasto energético (Lawlor & Chaturveni, 2006). Como fator coadjuvante desta tendência surge o sedentarismo, sendo um comportamento bastante evidente na amostra estudada, dado que, dos 110 participantes, 75 refere que um dos principais potenciadores do aumento de peso é a inatividade física.

De facto a falta de atividade física também tem sido apontada por diversos estudo como um aspeto promotor da obesidade, devido ao uso massivo dos avanços tecnológicos (Bento, 2011) que fornecem maior conforto e menos gasto calórico (Oliveira, 2006). A televisão é um exemplo claro que os avanços tecnológicos contribuem para inatividade, uma vez que imobiliza o sujeito por longos períodos de tempo e fornece-lhe conteúdos publicitários de incentivo à compra de alimentos pouco salutareis (Bento, 2011). Por outro lado o tempo

dispêndio nesta atividade também incentiva a pessoa a encetar comportamentos de petisco contínuo, sendo um fator distrator que a conduz a um consumo mais elevado do que seria expeável. Assim é de ressaltar que o facto de realizar as refeições em frente à televisão foi bastante destacado neste estudo, como sendo um comportamento alimentar disruptivo muito associado ao aumento de peso. Apesar das modificações do estilo de vida estarem muito associados à etiologia do aumento de peso, o estudo e a literatura (Oliveira, 2006) salienta outros fatores, com menor expressão, mas igualmente importantes, designadamente o casamento, acontecimentos significativos acidentais e gravidez.

Importa referir que a amostra em estudo também revela que alguns participantes salientaram que já nasceram com excesso de peso. O que nos faz pensar que a obesidade tem um caráter multifatorial, dado que se por um lado é influenciado pelo contexto social, também parece ter alguns fatores de ordem genética subjacentes. Esta constatação corrobora outros estudos, nomeadamente o desenvolvido por Travado e colaboradores (2004) que salienta que a população que mais recorre à cirurgia bariátrica apresenta antecedentes familiares de obesidade. Outro estudo encontrou evidências para acreditar que cerca de 50 a 80% das pessoas têm probabilidade de desenvolver esta patologia, tendo na família historial de obesidade (Opera cit in Calvalcante, 2009). Comparativamente com esta evidência, a população estudada apresenta uma percentagem maior de prevalência, isto é cerca de 94%. Estes resultados confirmam mais uma vez o que a literatura havia já descoberto. A obesidade é uma patologia multifacetada que, para além de ser influenciada por fatores sociais e psicoemocionais, também apresenta uma vertente genética e hereditária que lhe confere um padrão de continuidade intergeracional, perpetuando este flagelo.

Para além dos antecedentes familiares, existem outros fatores que poderão contribuir para o fomento e manutenção da obesidade. A amostra estudada destaca alguns deles. O primeiro passa por hábitos alimentares desadequados que, segundo Silva et al. (2008), se prendem pelo crescente consumo de produtos industrializados ricos em açúcares e gorduras polinsaturadas e diminuição do consumo de fibras. Para agravar este panorama, alguns autores defendem que o armazenamento de gordura é agravado pelo desequilíbrio entre a ingestão alimentar e o gasto energético (Brownell & Rodin, 1994; Grilo cit in Wilson, 1996; Dobron, et al. Cit in Almeida, et al., 2012). Por este fato é que se considera que a obesidade é a mais importante doença nutricional do mundo ocidental (Nomino cit in Calvalcante, 2009). A literatura vai ao encontro do presente estudo, dado que este identificou alguns erros alimentares que foram associados ao aumento de peso: jejuns perlongados, preparação dos alimentos baseada em molhos, gorduras e temperos exagerados, mastigação rápida dos alimentos, comportamentos de petisco contínuo, consumo excessivo de hidratos de carbono e reduzida ingestão de água.

Importa salientar que esta investigação também identificou outros comportamentos que, embora em menor escala, são passíveis de destaque. Cerca de 39% dos participantes admitem

comer durante a noite, sendo esta prevalência mais elevada do que noutro estudo: 8-33% (Puzziferi, 2005). De acordo com Silva e colaboradores (2008), este comportamento potencia o surgimento da obesidade, dado que está associado a comportamentos de anorexia durante o dia (tal como se verifica no presente estudo cujos participantes admitem encetar longos períodos de jejum), sendo esta restrição alimentar compensada nos períodos da noite através de comportamentos de hiperfagia (Swencionis & Rendell, 2012). Assim, dado que o metabolismo alimentar tende a ser mais demorado à noite, o organismo absorverá com maior facilidade tudo aquilo que foi ingerido nesse período. Neste âmbito pode-se inserir a Teoria de Restrição Alimentar que se centra na ideia de ingestão excessiva de alimentos após um período de restrição alimentar (Rebelo & Leal, 2007). O padrão alimentar aqui em voga baseia-se em ciclos de dietas de restrição intercaladas com períodos de desinibição excessiva que resulta no consumo avultado de comida. A fome que é desencadeada irá promover irritabilidade, ansiedade e depressão, levando o sujeito a acreditar que a única emoção positiva que dispõe é aquela proveniente da comida - fator predisponente da obesidade (Bernardi, Cicelero & Vitolo, 2005).

Um outro componente que parece surgir associado à obesidade é o padrão alimentar bastante relacionado com alterações do estado emocional. De facto este fenómeno está patente em cerca de 59% dos sujeitos estudados. Nesta linha a literatura tem vindo a indicar que alterações do estado emocional condicionam negativamente os padrões alimentares das pessoas, potenciando o aumento de peso e a perpetuação do quadro clínico (Flaherty & Janick cit in Cavalcante, 2009). Tendo em conta a teoria Psicossomática, as emoções negativas podem desencadear a ingestão alimentar excessiva, sendo que a obesidade e a hiperfagia são encaradas como uma manifestação física de perturbações psicoemocionais inconscientes (Rebelo & Leal, 2007). Assim o ato excessivo de comer é considerado uma estratégia de *coping* desadaptativa que visa a redução dos sintomas psicoemocionais disruptivos (Bento, 2011). Observou-se nesta pesquisa que 30% dos sujeitos associavam o aumento de peso a acontecimentos de vida, sendo este aspeto confirmado por Oliveira (2006) que salienta determinados episódios de vida, como o casamento, gravidez, parentalidade, mudança de emprego, processos de luto, que abalam significativamente os hábitos de vida das pessoas, tendem a potenciar o aumento de peso. Silva (2000). Fabricatore & Wadden (2003) complementam esta perspetiva, defendendo que os obesos encaram a comida como uma fonte de alívio para suportar os acontecimentos desagradáveis e indutores de stress.

É de salientar que a presença de patologias associadas à obesidade também pode contribuir para a perpetuação deste quadro clínico, aumentando assim a mortalidade da população obesa (Sinzato, 2007). Na presente investigação foi possível averiguar que a hipertensão arterial (54,5%) e o colesterol LDL (53,6) são as doenças com maior expressão. Este fenómeno também foi identificado em outros estudos (Sánchez et al., 2003; Hojo et al., 2007) que comprovam que a obesidade pode gerar/potenciar o desenvolvimento de outras patologias

que agravam o estado de saúde da pessoa e condicionam negativamente a sua qualidade de vida. Neste âmbito é de salientar que a Diabetes Mellitus tipo II também foi identificada em 25% dos participantes nesta pesquisa, corroborando outros estudos (Sánchez et al., 2003; Hojo, et al., 2007; Sinzato, 2007; WHO, 2012a). Pode então dizer-se que a diabetes, enquanto doença crónica comórbida à obesidade (Portal da Saúde, 2011), está associada a internamentos, sequelas graves e mortalidade precoce, constituindo uma das principais causas de morte em Portugal (Silva, et al., 2006). As dificuldades respiratórias também foram observadas no presente estudo, indo ao encontro de outros estudos (Nehoda et al. Cit in Hojo, et al., 2007; Sánchez et al., 2003) que identificam a apneia obstrutiva do sono e a hiperventilação como as principais complicações respiratórias decorrentes da obesidade. Para além destas patologias, é de mencionar que os obesos estudados apresentam queixas a nível ósseo e muscular que, em virtude das dificuldades de locomoção e movimento, comprometem significativamente a realização de tarefas diárias e de higiene (Larsson & Mattson, 2001).

No que diz respeito à compulsão alimentar periódica (binge-eating), esta é uma tendência para ingerir quantidades avultadas de alimentos num curto espaço de tempo, seguido de sentimentos de culpabilidade e irritabilidade. Este comportamento disruptivo está previsto no DSM-IV-TR. Segundo Puzziferi (2005) esta compulsão está presente entre 30 a 68% de obesos e Alison et al. (2005) refere que está presente em 50%. Contrariamente aos estudos citados, a presente pesquisa identificou este comportamento em apenas 23% da amostra. Contudo é um pouco abusivo considerar que estes sujeitos apresentem efetivamente esta perturbação tal como é descrita no manual DSM-IV-TR, uma vez que a questão remetia apenas para a presença/ausência de compulsão alimentar. De salientar que Wadden et al. (2007) têm apontado que a compulsão alimentar antes da cirurgia bariátrica é considerado um fator de prognóstico desfavorável face à perda de peso, devido à fraca adesão terapêutica

Para além da dimensão física da obesidade, é também relevante considerar as consequências que dela derivam. A primeira mais evidente é a insatisfação com a imagem corporal presente em mais de 87% das pessoas avaliadas. Esta constatação confirma o que outros autores já se haviam debruçado. Por exemplo Morais (2010) afirma que a maioria dos obesos (80%) se sentem pouco atraentes, não gostam de se exhibir em público, mantendo a crença que os outros tecem comentários depreciativos acerca da sua aparência. Neste sentido Wadden e colaboradores (2001) salientam que a maioria destes sujeitos, em virtude de estarem tão centrados na sua cognição disruptiva acerca do seu corpo, subestimam outras características pessoais como a inteligência e a simpatia. A discrepância entre a autoperceção corporal e os padrões de beleza vigentes conduz as pessoas obesas a desenvolverem sintomas psicológicos, tal como se contactou em 59 dos 110 participantes no estudo. Tal facto é corroborado por Puzziferi (2005) que afirma que a baixa autoestima e a insatisfação corporal estão relacionadas com o desencadear/agravar de sintomatologia psicoemocional, comprometendo negativamente a qualidade de vida e bem-estar físico, social e emocional (Silva, et al., 2009).

Este degradar do estado de saúde (Soares, 2009) é agravado mediante o decréscimo da vitalidade do sujeito, das dores físicas decorrentes do excesso de peso, das dificuldades na atividade sexual e nas tarefas de higiene e cuidados pessoais (Kral, et al., 1992). Esta constatação corrobora o presente estudo, dado que foi possível aferir que os sujeitos apresentam dificuldades no desempenho das tarefas diárias (60%); problemas funcionais, cansaço e dores físicas (75,5%) e dificuldades de aquisição de vestuário (87,3%).

No que remete para a vertente social, os participantes estudados identificaram que a obesidade condiciona a forma como se relacionam no meio social. Este facto foi explicado por Faith & Allison (2007) que salientam que a insatisfação corporal e a baixa autoestima influenciam negativamente o modo como as pessoas se relacionam no contexto interpessoal. Nesta linha Rosen (1996) destaca que esta insatisfação desencadeia embaraço e stress; preocupações excessivas relativas à aparência e comportamentos de evitamento social. Na presente investigação foi possível aferir isto mesmo, ou seja os sujeitos estudados referem que a obesidade desencadeia consequências dramáticas para a sua vida, como problemas interpessoais (52,7%) e evitamento de atividades sociais prazerosas (26,4%), comprovando mais uma vez que é frequente na população obesa a percepção de carência de competências sociais eficazes para ser bem-sucedido na interação interpessoal.

A nível da intimidade conjugal, 45 dos 110 sujeitos obesos estudados salientam que a obesidade condiciona negativamente o relacionamento conjugal/sexual. A literatura tem vindo a referir que o descontentamento com a imagem corporal e a baixa autoestima interfere na forma como a pessoa se relaciona intimamente com o parceiro, uma vez que, em virtude de apresentar uma autopercepção de baixa atratividade, está pouco predisposta para o envolvimento sexual com o companheiro. Neste sentido Wadden e colegas (2001) salientam que muitos sujeitos que procuram tratamento bariátrico exibem a expectativa de melhorar a relação marital na sequência da perda de peso. Porém estes mesmos autores alertam para o facto de grandes oscilações de peso poderem destabilizar os relacionamentos íntimos. Contudo é de considerar que é mais expeável haver uma melhoria na satisfação com a relação marital, do que a sua deterioração, uma vez que os problemas conjugais que tendem a surgir depois da cirurgia relacionam-se na sua maioria com fatores intrínsecos à própria dinâmica entre o casal. No âmbito sexual, Wadden e colaboradores (2007) encontraram alguma relação entre a perda de peso decorrente da cirurgia e o aumento da performance e da satisfação com a relação sexual (Powers, et al., 2007).

Em virtude das consequências complexas decorrentes do excesso de peso e da obesidade, revela-se então pertinente encetar medidas que auxiliem no retrocesso desta situação. Neste sentido a medicina tem apresentado diferentes metodologias de perda de peso, fornecendo à população uma enorme variedade de opções. Antes de chegar a tratamentos mais radicais, os obesos tendem a iniciar tentativas de perda de peso mediante metodologias mais tradicionais, com/sem recurso a farmacologia, tanto por iniciativa própria como com auxílio

de profissionais quer de nutrição quer de medicina natural (Franques, 2003). Neste estudo foi possível averiguar que num primeiro momento optaram com grande expressão por técnicas de perda de peso autodirigidas (52,7%) e por acompanhamento nutricional (90,9%). O apoio nutricional especializado apresenta resultados mais significativos no processo de perda de peso e na obtenção de benefícios a longo-prazo. Este aspeto corrobora outras investigações. Travado e colaboradores (2004) concluíram que as recomendações nutricionais baseadas num plano nutricional equilibrado têm enorme adesão junto da amostra obesa. Contudo a esta estratégia é apontada uma limitação, dado que envolve um grande esforço e motivação no cumprimento das indicações terapêuticas que, por vezes, se revelam difíceis de implementar no dia-a-dia das pessoas (Halpem et al., 2004). Contudo é de frisar que estes mecanismos de primeira linha, apesar de proporcionarem redução de peso, a longo prazo revelam-se insatisfatórios, pois os pacientes tendem a recuperar os quilos perdidos em pouco tempo, atingindo por vezes um peso superior ao que anteriormente tinham (Fraques, 2003). A literatura tem referido que estas técnicas dão maior primazia à dimensão biológica e marginalizam os aspetos psicossociais, conduzindo os obesos a sentimentos de frustração e baixa autoeficácia, uma vez que, apesar do seu esforço, continuam a ganhar peso (Garner & Wooley cit in Cavalcante, 2009).

Daí que, apesar da elevada taxa de adesão inicial, estas técnicas de primeira linha não se revelam suficientes. Surge então a cirurgia bariátrica, um tratamento invasivo, que visa dar respostas a estes casos. Nesta linha é crucial indagar acerca do grau de motivação do paciente e respetivas expectativas face aos resultados deste tratamento. A amostra estudada espera então com a cirurgia desencadeie maior sensação de bem-estar psicoemocional, melhoria no estado geral de saúde física, sensação de maior proximidade e bem-estar na interação interpessoal e melhoria a nível estético e de autoestima. Tais expectativas corroboram algumas teorias. A título de exemplo, Rosen (1996) destaca alguns efeitos positivos da cirurgia, sendo eles: aumento da autoestima, diminuição da avaliação negativa acerca da aparência, melhoria da qualidade e hábitos de vida e desenvolvimento de um papel mais ativo no relacionamento com os outros, diminuindo os comportamentos de inibição e evitamento social. No âmbito das dificuldades, os participantes destacam a mudança do comportamento alimentar, pois, após a cirurgia, terão de implementar um conjunto de mudanças alimentares bastante rígidas que, na maioria dos casos, são um desafio (França, et al., 2011). Assim, mais uma vez é de ressaltar a importância de trabalhar com o paciente no período pós-cirúrgico para a implementação de novos hábitos alimentares que passam pela mastigação lenta dos alimentos, horários fixos para as refeições, ingestão alimentar moderada, aumento do consumo de frutícolas e hortícolas, redução de gorduras e açúcares (Moreira & Chiarello cit in França, et al., 2001).

Para além do apoio da equipa médica, é fulcral que os pacientes disponham de uma rede de suporte social consistente que os auxilie em todas as fases quer pré quer pós-cirúrgicas,

motivando-os e apoiando-os em todos os momentos. A presente investigação concluiu que a amostra exibe uma percepção de suporte social alta, tendo em conta a classificação de Batista e colaboradores (2006). Comparando estes resultados com os de Bento (2011) é possível observar que a amostra estudada apresenta uma percepção de apoio social mais elevada. De forma mais detalhada foi ainda observado que a família nuclear (em particular o cônjuge (60,9%), os filhos (44,5%) e os pais (46,4%)), assim como os amigos (59,1%) são os que mais apoio fornecem no que diz respeito à cirurgia e às suas implicações. Esta constatação corrobora outro estudo levado a cabo por Silva e colaboradores (2009) que concluiu que a percepção de suporte social dos obesos é satisfatória, especialmente no domínio das amizades e do seio familiar. Travado e colaboradores (2004) também contataram que a família é considerada o suporte social mais preponderante durante o processo de tratamento cirúrgico da obesidade. Silva e colaboradores (2009) salientam que a família é fulcral em todo o processo terapêutico. Antes da cirurgia é a família que acompanha o paciente às consultas e demonstra interesse no que diz respeito aos cuidados terapêuticos a ter. Já depois da cirurgia a família desempenha, mais uma vez, um papel preponderante, auxiliando/motivando o paciente para o cumprimento das recomendações alimentares e de atividade física. Assim são aos cônjuges, amigos e família que as pessoas mais recorrem na procura de apoio informal, numa tentativa de manutenção do seu bem-estar individual (Ornelas, 2008).

No que diz à esfera psicoemocional, foi possível contar que a amostra apresenta bons indicadores de saúde mental, uma vez que a maioria dos sujeitos avaliados não evidencia sintomatologia quer ansiógena (60,9%), quer depressiva (74,5%). Estes resultados contrariam alguns estudos presentes na literatura. Sánchez e colegas (2003) demonstrou que 60% dos pacientes com diagnóstico de obesidade apresentam alterações psiquiátricas do eixo I, especialmente de humor e mediadas pela ansiedade. No caso específico dos sintomas depressivos, a literatura apresenta resultados inconsistentes, dado que alguns associam a obesidade a sintomas depressivos (Roberts, et al., 2003) e outros não (Faubel cit in Soares, 2009). Numa revisão de 15 investigações constatou-se o predomínio de distúrbios mentais na população obesa, isto é entre 4 a 80% de prevalência de sintomatologia depressiva (Black, et al., 1992). De acordo com o modelo cognitivo de Clark, et al., (2008), as pessoas obesas que desenvolver esquemas disfuncionais, como de defeito ou incompetência, podem evidenciar um risco aumentado de desenvolver sintomas depressivos como resposta a acontecimentos ativadores específicos. Para além disto exibem uma tendência ruminatória acerca da sua vida ou aparência física como resposta a repetidas falhas na resolução de problemas e na perda de peso, centrando a sua atenção apenas nas consequências do mal-estar psicológico e não no planeamento ou resolução dos problemas. No caso dos sintomas de ansiedade, estes têm sido consistentemente associados à população obesa em diversos estudos (Scott, et al., 2008; Simon et al., 2006; Mather, et al., 2009; Becker, et al., 2001). Apesar destes resultados, o risco de desenvolver sintomatologia quer depressiva quer ansiógena é aumentado quando apresentam antecedentes psicoemocionais patológicos. Esta pesquisa observou que metade

dos sujeitos inquiridos apresenta historial depressivo, corroborando o estudo de Wadden et al. (2001) que defende que 50% dos obesos em tratamento cirúrgico apresentam antecedentes psicopatológicos depressivos. Em contrapartida foi apurado que uma minoria (19,1) apresenta sintomas ansiógenos, contrariando o estudo acima referido que defende que os episódios de ansiedade são comuns na população obesa em tratamento bariátrico.

## **Análise Inferencial**

Seguindo a mesma lógica descrita na apresentação tanto das hipóteses como dos resultados relativos à análise inferencial, esta fase da discussão terá em consideração os três níveis de análise e respetivas hipóteses. O primeiro nível de análise corresponde à perceção de suporte social. De facto o desenvolvimento adequado da personalidade requer uma interação satisfatória entre o sujeito e o seu contexto social, resultante do uso adequado de estratégias de *coping* sociais (Campos & Del Prette cit in Cavalcante, 2009). Caso este contacto social se revele deficitário, o ser humano torna-se mais vulnerável a situações patológicas, comportamentos prejudiciais para a saúde e morte prematura (Bennett, 2002). Assim é fundamental que cada pessoa se enquadre em grupos de apoio social que se entreejam e prestam apoio formal/informal através da mobilização de recursos no sentido de ultrapassar problemas e acontecimentos de vida, partilhar experiências, prestar auxílio instrumental, tal como melhorar competências adaptativas (Guterres, 2001).

Em virtude da presente investigação se debruçar sobre o fenómeno da obesidade e da sua dimensão multidimensional, revelou-se de extrema pertinência compreender a forma como os pacientes portadores desta patologia e que se encontram em processo cirúrgico bariátrico perspetivam os núcleos sociais de apoio que os envolvem. É importante ressaltar, antes de mais, que estes núcleos proporcionam-lhes sentimentos de aprovação emocional, segurança, momentos de partilha, reconhecimento de habilidades pessoais (Ornelas, 2008), exibindo uma estrutura assistencial e de *coping* que facilita a gestão de situações problemáticas/dificuldades resultantes do processo cirúrgico, motiva para a implementação de mudanças, bem como facilita o processo de adaptação quer à cirurgia, quer às suas implicações (Thoits cit in Revenson & Lepore, 20012). Assim, na perspetiva de Cohen e colaboradores (2000), o apoio social que envolve o obeso poderá fomentar mudanças comportamentais, através do fornecimento de informações de padrões alimentares mais salutar e da importância da prática de atividade física, reforçando a motivação terapêutica.

Assim ao nível do apoio social percebido, a presente pesquisa encontrou diferenças significativas em função do género. Hipotetizou-se então que as mulheres apresentam uma maior perceção de suporte social, comparativamente com o sexo masculino. Contudo esta proposição foi rejeitada, uma vez que, na amostra estudada, são os homens que apresentam maior satisfação com o seu suporte social. Estas constatações contradizem outros estudos que referem que as mulheres apresentam um maior número de amigos e redes de apoio mais

sólidas do que os homens (Ornelas, 1994), apresentando núcleos institucionais/formais maiores e multifacetados (Rodrigues & Madeira, 2009). Sarafino (2002) postula que, embora os homens exibam uma maior rede social, é o sexo feminino que mais utiliza estas fontes de suporte, valorizando a intimidade e a confiança. Ornelas (1994) avança um pouco mais e refere que as mulheres dão grande importância à esfera íntima que compõe a relação com as pessoas, tidas para elas, como significativas. Neste sentido as mulheres, de acordo com Hirsch (1980), apresentam maiores níveis de apoio proveniente de redes sociais menos densas, pois facilitam as relações de amizade, a capacidade de interajuda e o envolvimento consistente entre os membros. Bell cit in Guterres (2001) refere que, enquanto as mulheres dão mais valor à intimidade e à confiança nas suas relações de amizade, os homens valorizam mais a socialização. Assim pode verificar-se que o fator que influencia a qualidade do suporte social percebido não é propriamente o tamanho do núcleo social, mas sim a qualidade das ligações que são estabelecidas (Ornelas, 2008).

Considerou-se que, consoante o grau de obesidade, o suporte social percebido variava. Efetivamente este estudo não encontrou diferenças que comprovassem a teoria de que os sujeitos com obesidade de tipo 3 apresentam baixa percepção social em comparação com os indivíduos portadores de obesidade 1 e 2. Este resultado pode estar bastante correlacionado com as próprias características da amostra, uma vez que a percentagem de sujeitos com obesidade de tipo 3 é soberana em relação aos de níveis mais ligeiros. Por outro lado, apesar dos diferentes graus de severidade, a obesidade não deixa de ser uma patologia complexa que se desmultiplica em várias vertentes, interferindo bastante com a vida do sujeito. Daí que, independentemente do IMC, o obeso necessita de apoio para suportar os obstáculos que esta patologia despoleta, sendo fundamental quer para encetar mudanças terapêuticas, quer para se adaptar às problemáticas. Assim pode dizer-se que não é o grau de obesidade que vai ditar maior/menor percepção de apoio social, mas sim o facto de ter tomado a decisão de avançar para a cirurgia bariátrica. Esta decisão envolve grande responsabilidade quer do paciente, quer dos núcleos sociais significativos, sendo que só faz sentido avançar se à retaguarda dele existir um bom suporte que o auxilie em todas as fases do tratamento. Daí que na avaliação psicológica pré-cirúrgica, o suporte social é explorado no sentido de avaliar os núcleos sociais que envolvem o doente e até que ponto se revelam colaborantes em todo o processo.

Objetivou-se que a percepção de apoio social difere em função da etapa do processo cirúrgico. O proposto objetivo foi comprovado, dado que os sujeitos candidatos a cirurgia exibem menor percepção de apoio social, comparativamente com aqueles que já foram submetidos a tratamento cirúrgico bariátrico, especialmente no que diz respeito ao relacionamento íntimo e às atividades sociais. Esta constatação vem reforçar aquilo que Silva e colaboradores (2009) observaram no seu estudo, ou seja que os obesos candidatos a cirurgia apresentam níveis satisfatórios de apoio social percebido nos domínios da amizade e seio familiar. Assim, tendo em conta as 4 dimensões de suporte social percebido perspetivados pela Escala de Satisfação

com o Suporte Social, é possível atestar que tanto os referidos autores como os resultados desta pesquisa referem que, no momento pré-cirúrgico, os pacientes exibem maior satisfação com os amigos e família, do que com o cônjuge ou atividades sociais. De notar que a família tem sido apontada por alguns autores (Silva et al., 2009) como fulcral no processo cirúrgico bariátrico, dado que é geralmente ela que acompanha o paciente às consultas, demonstra interesse em conhecer os procedimentos cirúrgicos e suas implicações, ajuda o sujeito obeso a cumprir as prescrições médicas, motivando-o no processo de mudança. Esta investigação também apurou que os sujeitos após a cirurgia exibem maior satisfação com a sua rede social, corroborando outros estudos (Benedetti cit in Cavalcante, 2009). Estes salientam que as pessoas, após a operação, apresentam melhorias ao nível do relacionamento com os outros, e, conseqüentemente, o seu grau de satisfação melhora. Este fenómeno pode relacionar-se com o facto de a pessoa, depois da operação e da conseqüente perda de peso, estar menos preocupada com a percepção que os outros têm dela. Outra explicação prende-se com o aumento da autoestima e da motivação da pessoa para se cuidar que, em virtude de melhorar a sua autoeficácia, acarreta benefícios na interação social, especificamente na autonomia e assertividade (Cavalcante, 2009). Assim a qualidade e satisfação com as redes de apoio social tem maior propensão para melhorar com a cirurgia, dado que este suporte facilita a mudança e auxilia o paciente na concretização dos seus objetivos (Bennett & Murphy, 1999).

Com o intuito de indagar acerca da relação entre as alterações emocionais e a percepção deficitária de suporte social, hipotetizou-se que a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva está associada à baixa percepção de suporte social em sujeitos com diagnóstico de obesidade. Comprovou-se a referida hipótese, dado que foi confirmado que elevados níveis de ansiedade e depressão estão de facto associados a níveis baixos de apoio social percebido, confirmando a teoria proposta por Yasin & Dzulkifli (2010) e Herzer, et al. (2011) de que as pessoas obesas que não recebem o tipo de suporte que valorizam tendem a desenvolver sentimentos de insatisfação com a rede social envolvente, despoletando sintomas de ansiedade e depressão. Pais-Ribeiro (1999) reforça estas observações, mencionando que quando o sujeito está isolado socialmente, não perspetivando apoio, tende a enfrentar a doença física, neste caso a obesidade, com maior preocupação, experienciando alterações emocionais disruptivas. Em contrapartida se evidenciar um apoio social considerado satisfatório a forma como encara a doença é totalmente diferente, pois reforça a sua capacidade de resiliência e os seus recursos endógenos, estando menos predisposto para complicações psicoemocionais. Neste sentido, Ornelas (1997) refere que níveis satisfatórios de suporte social mudam a natureza do contexto situacional do sujeito de tal modo que, perante situações de stress, o risco de sofrer perturbações emocionais é menor. Bento (2011) ainda remata esta ideia, dizendo que as pessoas com apoio social percecionado como responsivo tendem a seguir mais rigorosamente as prescrições médicas, estando mais motivadas para a mudança e menos suscetíveis a desenvolver perturbações no futuro.

No que diz respeito ao segundo nível de análise, Depressão, a primeira hipótese levantada procura averiguar se existem diferenças ao nível dos sintomas depressivos em função do género. Concluiu-se então que não existem diferenças significativas entre géneros. Esta constatação corrobora o estudo desenvolvido por Cunha cit in Almeida, et al. (2011). Almeida, et al. (2011) e Franques & Ascencio (2006) comprovaram que as mulheres obesas estão mais vulneráveis à sintomatologia depressiva do que o sexo masculino. Este fenómeno é explicado por Friedman & Brownell (1995) e Almeida e colaboradores (2002) que constataram que as mulheres com obesidade manifestam dificuldades de exprimir as suas vivências corporais, denotando sentimentos de inferioridade, insatisfação com a imagem corporal e sintomas de desânimo. Tudo isto resultante do excesso de gordura corporal, das tentativas mal sucedidas de emagrecimento e da dificuldade de se enquadrarem nos padrões de beleza vigentes. Outros autores, nesta sequência de ideias, salientam que o sexo feminino, muito mais que o masculino, tem vontade de emagrecer, mas antecipa o processo como de difícil alcance, mesmo com recurso a métodos cirúrgicos, potenciando o desenvolvimento de sintomas depressivos (Almeida, et al., 2011).

Dentro deste nível de análise, propôs-se compreender de que forma os sintomas depressivos variam em função do grau/severidade da obesidade. Assim, nesta linha, hipotetizou-se que as pessoas com obesidade mórbida/tipo III exibem níveis mais elevados de depressão em comparação com os indivíduos portadores de obesidade menos severa (Grau I e II). Esta hipótese não se confirmou, dado que não foram encontrados resultados significativos. Esta falta de consistência foi confirmada por Fabricatore, et al (2005) que salientam que a contribuição do IMC para o desenvolvimento de depressão não foi significativa. Todavia a literatura contradiz esta teoria, dado que encontrou algumas evidências de que o género feminino com obesidade tipo III e que procura tratamento cirúrgico tende a manifestar níveis mais elevados de depressão decorrentes do seu estado de saúde, comparativamente com as mulheres que padecem de obesidade de tipo I e II (Wadden, et al., 2006). A apoiar esta conjectura surgem vários estudos (Fabricatore & Wadden, 2003; Dong, et al., 2004) que afirmam que o grupo de obesidade mórbida está mais vulnerável ao desenvolvimento de complicações emocionais, das quais destacam a sintomatologia depressiva. Assim a probabilidade de identificar sintomas depressivos aumenta positivamente com o IMC, sendo que os sujeitos com IMC elevado e quadros depressivos demonstram maior probabilidade de ganho de peso ao longo do tempo (Barefoot, et al. cit in Segal, et al., 2002).

No que diz respeito ao processo cirúrgico bariátrico, hipotetizou-se que as pessoas candidatas a este tratamento apresentam níveis de depressão mais elevados em comparação com os sujeitos que já foram submetidos a cirurgia, assim como que o grau de depressão está associado com a fase do processo cirúrgico em que o paciente se encontra. As referidas hipóteses foram comprovadas, indicando que a severidade dos sintomas depressivos varia em função das etapas do tratamento cirúrgico. As pessoas candidatas a este tratamento

apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e os grupos de sujeitos já operados estão mais associados a ausência destes sintomas. Estas constatações corroboram algumas evidências presentes na literatura que indicam que os candidatos a cirurgia evidenciam maiores indicadores de perturbações emocionais, especialmente quadros depressivos graves (Black, et al., 1992; Sánchez, et al., 2003). Neste sentido Dixon et al. (2003) e Soares (2009) constataram igualmente que a perda de peso se coaduna com a diminuição significativa dos níveis depressivos. Dymek et al. (2002) averiguaram também que o grupo pré-cirúrgico apresenta maior incidência de sintomatologia depressiva, em comparação com os grupos pós-cirúrgicos que evidenciam melhor saúde psicoemocional. Estes mesmos autores consideraram que os elevados níveis depressivos antes da cirurgia devem-se ao caráter limitador do excesso de peso, sendo que após este tratamento, em virtude dos pacientes terem de assumir um papel ativo no processo de emagrecimento e mudança, verifica-se uma diminuição da sintomatologia depressiva e problemas subjacentes.

Por fim, o último nível de análise diz respeito à Ansiedade. Antes de mais importa salientar que, segundo Scott et al. (2008), a obesidade tem sido associada a várias perturbações mediadas pela ansiedade, nomeadamente fobia social e específica, perturbação de stress pós-traumático e perturbações de pânico com/sem agorafobia. Objetivou-se que existiria diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função do género sexual. Nesta lógica a hipótese “As mulheres com obesidade apresentam níveis elevados de ansiedade do que os homens” foi comprovada, revelando que é o sexo feminino que evidencia sintomas mais intensos de ansiedade. Esta constatação é corroborada por outros estudos que concluíram que as mulheres estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de *distress* psicológico e fobia social do que o sexo masculino, uma vez que o peso e a imagem corporal apresenta maior importância na sua identidade do que na do homem. Outra justificação passa pelo facto de a mulher internalizar com maior veemência o estigma social da obesidade (Mather, et al., 2009). Este preconceito tende a desencadear fobia social, receio de enfrentar espaços sociais, dado que as mulheres têm a expectativa, muito mais que os homens, de que vão ser negativamente avaliadas mediante o seu peso (Barry, et al., 2008). Neste sentido as mulheres obesas quando estão ansiosas procuram na comida um sentido de conforto, de modo a reduzir a sua sintomatologia, potenciando portanto o aumento de peso (Capitão & Tello, 2002). Desta forma Anderson, et al. (2006) destacam que o tratamento da ansiedade deve fazer parte de todo o processo de intervenção na obesidade, especialmente no caso das mulheres.

No âmbito do grau de obesidade, expectou-se que as pessoas com obesidade mórbida exibem níveis mais elevados de ansiedade em comparação com os sujeitos portadores de graus de obesidade mais ligeiros. Porém esta hipótese não foi confirmada, dado que não foram encontradas diferenças significativas. Em contraste, a literatura tem apontado que existe uma associação positiva entre ansiedade e IMC (Markowitz, et al., 2008), sendo esta ideia explicada por duas teorias. A primeira centra-se na noção de que a ansiedade disfuncional é

uma emoção negativa que potencia o ato de comer (ingestão emocional) e, conseqüentemente, o aumento de peso (Ganley cit in Soares, 2009). Já a outra defende que as conseqüências sociais nefastas da obesidade potenciam o decréscimo do bem-estar psicoemocional, fomentando portanto o desenvolvimento de distúrbios de ansiedade (Rosik, 2005; Simon, et al., 2006).

As últimas hipóteses levantadas a este nível dizem respeito às fases de tratamento que constituem a cirurgia bariátrica. A primeira sugere que as pessoas candidatas a tratamento cirúrgico apresentam níveis de ansiedade mais elevados, comparativamente com os sujeitos que já foram submetidos a cirurgia. A segunda proposição postula que o grau/severidade de ansiedade está associado com a fase do processo cirúrgico em que o paciente se encontra. Após a testagem das mesmas, foi possível confirmar a sua validade, isto é comprovou-se que as pessoas na fase pré-cirúrgica apresentam níveis mais elevados de ansiedade e que os sujeitos após a cirurgia estão mais associados a um melhor estado psicoemocional, isto é ausência de sintomas ansiógenos. Mediante a literatura estes resultados confirmam que a perda de peso pode ajudar a reverter os sintomas de ansiedade e stress, mediante a melhoria do estado de saúde e de outras complicações decorrentes da obesidade (Jorm, et al., 2003). Outras pesquisas também referem que, antes da cirurgia, os pacientes evidenciam sintomatologia ansiógena de moderada a grave e depois da cirurgia a sua severidade tende a diminuir (Karlsson, et al., 1998). Rosik (2005) vai mais longe e defende que os candidatos a cirurgia bariátrica evidenciam perturbações mediadas pela ansiedade como obsessivo-compulsiva e fobia social, sendo que esta última pode associar-se ao estigma social que paira sobre a obesidade.

Após a cirurgia, segundo o mesmo autor, os indivíduos tendem a manifestar menor sintomatologia ansiosa, particularmente ao nível da somatização, hipocondrismo, fobia social e compulsão alimentar. Contudo Dymek, et al. (2002) acreditam que na fase pós-cirúrgica as mudanças são tão radicais que podem desencadear sintomas de ansiedade, dado que acarretam episódios de crise. Compete então à equipa médica alertar o paciente para as múltiplas mudanças que irão ocorrer após o tratamento cirúrgico, de modo a que ele se prepare e desenvolva competências de *coping* nesse sentido. Contrariamente a estas teorias, Cavalcante (2002) salienta que os candidatos a cirurgia podem apresentar níveis baixos de ansiedade, dado que encaram este tratamento como um método de “cura” da sua doença, diminuindo as preocupações excessivas com o peso. “Entregam-se” aos médicos e limitam-se a cumprir as suas prescrições, mantendo a expectativa que com o tempo os efeitos da cirurgia irão surgir. Dymek e colaboradores apresentam outra explicação que se prende com o facto de os sujeitos, em virtude de conviverem com a obesidade durante um longo período de tempo, desenvolveram estratégias de *coping* que lhes permitem adaptar-se às limitações físicas da doença, minimizando os efeitos da ansiedade.

## Conclusões

Fontaine & Barofsky (2001) ressaltam que o efeito da obesidade na saúde pública vai além das consequências médicas, produzindo um agravamento no estado psicoemocional dos indivíduos que se repercute no seu afastamento social. Assim os estudos realizados e explanados ao longo desta investigação tiveram como especial intuito contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno da obesidade, especificamente no que diz respeito ao tratamento cirúrgico bariátrico. Nesta linha o enfoque primordial centrou-se no estudo da dimensão psicoemocional e da percepção de suporte social em pessoas com diagnóstico de obesidade e em processo de tratamento cirúrgico. Assim, com o objetivo de cumprir estes propósitos, foram realizados três níveis de análise, cujas conclusões serão apresentadas seguidamente.

### **Nível I - Percepção de Suporte Social:**

1. Os homens obesos apresentam uma percepção de suporte social mais satisfatória que as mulheres;
2. Não existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao suporte social percebido em função do grau/severidade da obesidade;
3. Os sujeitos candidatos a cirurgia bariátrica exibem menor percepção de apoio social, comparativamente com os que já foram submetidos a este tratamento, especialmente no que diz respeito ao relacionamento íntimo e às atividades sociais. Não foram encontradas diferenças significativas na dimensão amizade nem na dimensão família;
4. Níveis elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa estão associados a baixos níveis de percepção social.

### **Nível II - Depressão:**

1. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sintomas depressivos em função do gênero sexual;
2. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sintomas depressivos em função do grau/severidade da obesidade;
3. Os candidatos a cirurgia bariátrica apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que os sujeitos que já foram submetidos a esta operação;
4. Existe uma associação significativa entre o grau de depressão e a etapa cirúrgica em que o paciente se situa. Assim os candidatos a cirurgia estão associados a níveis ligeiros, moderados e severos de depressão. Já os operados estão associados a ausência destes sintomas, o que denota provavelmente um estado psicoemocional mais salutar.

### **Nível III - Ansiedade:**

1. As mulheres exibem níveis mais elevados de ansiedade em comparação com os homens;
2. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sintomas ansiógenos em função do grau/severidade da obesidade;

3. Os candidatos a cirurgia bariátrica exibem níveis mais elevados de ansiedade do que os sujeitos que já foram submetidos a cirurgia;
4. Existe uma associação significativa entre o grau de severidade da ansiedade e a fase cirúrgica em que o doente se posiciona. Desta forma os candidatos a este tratamento estão associados a níveis ligeiros, moderados e severos. Já os sujeitos pós-cirúrgicos estão associados a ausência deste tipo de sintomas, o que demonstra possivelmente melhor saúde psicoemocional.

Seguidamente irão ser explanados os pontos fortes desta investigação. Em primeiro lugar, o facto de se ter centrado na população com diagnóstico clínico de obesidade, revela-se um ponto-chave, dado que é no contato próprio com ela que melhor compreendemos o fenómeno da obesidade e respetiva associação aos construtos. Esta dissertação debruça-se sobre um fenómeno em ascensão na sociedade atual, a obesidade. Ficou bem claro que é uma doença séria e clinicamente aceite, desmistificando algumas ideias pré-concebidas de que as pessoas obesas são preguiçosas e desleixadas. A obesidade, tal como ficou aqui comprovado, é multidimensional, pois é influenciada por fatores biológicos, metabólicos, psicológicos e sociais, assim como condições clínicas e padrões comportamentais. Por outro lado, a exploração de fatores intrínsecos à obesidade, como a dimensão psicoemocional e social, fornece-nos pistas concretas na prevenção, avaliação e intervenção nesta população.

Apesar do que foi mencionado, é importante referir algumas limitações a ter em conta em futuras investigações. A primeira refere-se à proveniência da amostra, isto é a presente pesquisa considerou como participantes apenas sujeitos da região norte do Distrito de Aveiro que se encontravam em processo de tratamento cirúrgico bariátrico no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, limitando portanto a amplificação dos resultados. Por outro lado, em virtude de ser um estudo transversal, exige alguma atenção e cuidado no estabelecimento de conclusões inferenciais a partir dos resultados obtidos. A última limitação apontada passa pelo facto de a amostra ser constituída maioritariamente por pessoas do género feminino que poderá ter interferido nas conclusões retiradas, dado que existem diferenças óbvias a nível pessoal, físico, psicoemocional e social entre sexos na forma como encaram a obesidade.

Tornar-se relevante que a comunidade científica se debruce com maior veemência na análise da viabilidade de, em simultâneo, tratar estas condições de saúde físicas e psicoemocionais, nunca descurando a perceção de apoio social dos obesos, uma vez que é no meio social que eles vão procurar apoio para conseguirem atingir o seu objetivo de perda de peso. Assim o suporte social tem um efeito mediador no processo de saúde/doença, dado que quanto mais satisfatória é essa perceção, melhor é o seu estado físico e psicológico. Mostra-se ainda necessário efetivar mais estudos longitudinais com amostras aleatórias constituídas por um número elevado de participantes provenientes de diferentes regiões do país, de modo a obter uma compreensão mais genérica do fenómeno da obesidade em Portugal. Neste âmbito seria interessante associar a obesidade e a vertente psicoemocional a outras variáveis como

satisfação conjugal, qualidade de vida, percepção da autoimagem, assim como a relação que estas estabelecem com o suporte social do sujeito. Outro estudo que também se revela fulcral ser implementado passa por, pegando nas referidas variáveis, procurar diferenças entre os métodos tradicionais de perda de peso e os métodos mais radicais como a cirurgia, de modo a perceber qual deles é mais facilitador da manutenção salutar da saúde mental.

Por fim, são ainda apresentadas sugestões para futuras aplicações das conclusões obtidas nesta pesquisa. Os resultados salientam a importância de considerar, no tratamento da obesidade, simultaneamente os níveis de ansiedade e depressão e ter sempre em conta o papel que o suporte social desempenha enquanto mediador destas variáveis. Nesta linha, a avaliação da esfera psicoemocional e social torna-se fundamental como indicador do estado de saúde da pessoa e do real impacto do peso corporal sobre as mais distintas dimensões. Melhorar o estado de saúde física e mental das pessoas obesas implica uma cuidada avaliação individual que contemple a sua natureza biopsicossocial. A compreensão idiossincrática da miscelânea de aspetos que envolvem a obesidade possibilita que o desenho do tratamento se ajuste às necessidades reais do paciente, identificando desta forma as áreas específicas a intervir.

Em jeito de remate final, espera-se que este estudo desperte consciências e alerte para a necessidade de introduzir estes construtos em futuros programas de intervenção. Espera-se ainda que o alerta da comunidade científica para o flagelo crescente da obesidade conduza à mudança de mentalidades, colocando estas questões como prioridades a ter em conta no progresso da sociedade. Hábitos alimentares saudáveis e prática de exercício físico são fundamentais para o bem-estar individual, devendo ser a base para o desenvolvimento de seres humanos equilibrados. Estes princípios devem ser precocemente transmitidos às crianças de hoje que serão adultos amanhã, quebrando assim o ciclo vicioso de sedentarismo e das comidas pré-fabricadas que corroem a noção de saúde. Quanto à obesidade, esta é um fenómeno social que, por mais que viremos a cara, está presente no nosso dia-a-dia. Todos nós somos, em parte, responsáveis pela sua massificação e, cabe-nos a nós, fazer a diferença e lutarmos por uma sociedade pluralista que encare as pessoas com obesidade como seres humanos constituídos por uma miscelânea de características que vão muito para além de um corpo físico.

## Referências Bibliográficas:

- Ades, L. & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: Realidade e Indignações. *Psicologia*, 13 (1), 197-216.
- Administração Regional da Saúde do Norte. (2009). Perfil de Saúde da Região Norte. Retirado a 23 de Dezembro de 2012 de <http://pns.dgs.pt/files/2010/02/Perfil-de-Sa%C3%BAde-da-Regi%C3%A3o-Norte-2009.pdf>.
- Ali, M. R., Fuller, W. D., Choi, M. P. & Wolfe, B. M. (2005). Bariatric Surgical Outcomes. *Surgical Clinics of North America*, 85 (4), 835-852.
- Amaro, J. P. (2007). Sentimento Psicológico de Comunidade: Uma Revisão. *Análise Psicológica*, 1 (15), 25-33.
- Almeida, G. A., Giampietro, H. B., Belarmino, L. B., Moretti, L. A., Marchini, J. S. & Ceneviva, R. (2011). Aspetos Psicossociais em Cirurgia Bariátrica: A associação entre Variáveis Emocionais, Trabalho, Relacionamentos e Peso Corporal. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 24 (1), 226-231.
- Almeida, G. A., Loureiro, S. R. & Santos, J. E. (2002). A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas Avaliadas através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 283-292.
- Almeida, S. S., Zanatta, D. P. & Rezende, F. F. (2012). Imagem Corporal, Ansiedade e Depressão em Pacientes Obesos Submetidos à Cirurgia Bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 17 (1), 153-160.
- Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N. & Must, A. (2006). Association of Depression and Anxiety Disorders with Weight Change in Prospective Community-based Study of Children Followed Up into Adulthood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 285-291.
- Apfeldorfer. (1995). *Como, logo existo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Appolinário, J. C. & Claudino, A. M. (2000). Transtornos Alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 28-31.
- Arnow, B., Kenardy, J. & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The Development of a Measure to Assess Coping with Negative Affect by Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 79-90.
- Assis, M. A. & Nahas, M. V. (1999) Aspetos Motivacionais em Programas de Mudança de Comportamento Alimentar. *Revista de Nutrição de Campinas*, 12 (1), 33-41.
- Azevedo, A. P., Santos, C. C. & Fonseca, D. C. (2004). Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 170-172.
- Balsiger, B. M., Murr, M. M., Poggio, J. L. & Sarr, M. G. (2000). Bariatric Surgery. Surgery for Weight Control in Patients with Morbid Obesity. *Surgical Clinics of North America*, 84 (2), 477-789.
- Barros Filho, A. Um Quebra-Cabeça Chamado Obesidade. *Jornal de Pediatria*, 80 (1), 1-3.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspetiva Desenvolvimentalista*. Lisboa: Climepsi.

- Barry, D., Pietrzak, R. H. & Petry, N. M. (2008). Gender Differences in Associations Between Body Mass Index and DSM-IV Mood and Anxiety Disorders: Results from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Annals of Epidemiology*, 18, 458-466.
- Batista, M., Batista, A. & Torres, E. (2006). Associação entre Suporte Social, Depressão e Ansiedade em Gestantes. *Revista de Psicologia em Vetor Editora*, 7 (1), 39-48.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. São Paulo: Artmed.
- Becker, E. S., Margraf, J., Turke, V., Soeder, U. & Neumer, S. (2001). Obesity and Mental Illness in a Representative Sample of Young Women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, 25 (1), 1-9.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bento, M. M. (2011). *Perceção de Suporte Social e Estado Emocional em Obesos - Estudo numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Mestrado não publicada. Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Bernardi, F., Ciclelero, C. & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1), 85-93.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T. & Neckelmann, D. (2002). The Validity of the Hospital and Depression Scale: an Updated Literature Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Black, D. W., Goldstein, R. B. & Mason, E. E. (1992). Prevalence of Mental Disorder in 88 Morbidly Obese Bariatric Clinic Patients. *American Journal of Psychiatry*, 149 (2), 227-234.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de Psicopatologia. Manuais Universitários 51*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Capitão, C. G. & Tello, R. R. (2002). Traço e Estado de Ansiedade em Mulheres Obesas. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 2 (2).
- Cardoso, J. (2006). (In)Capacidade, Género e Sexualidade. In: I. Leal (Ed.). *Perspetivas em Psicologia da Saúde* (pp.169-185). Coimbra: Quarteto.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J. & Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and Obesity in Portugal: National Prevalence in 2003-2005. *Journal Obesity Reviews*, 9, 11-19.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L. & Galvão-Teles, A. (2006). Prevalence of Obesity in Portugal. *Journal Obesity Reviews*, 7, 233-237.
- Cavalcante, R. C. (2009). *Análise Comportamental de Obesos Mórbidos e de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica*. Tese de Mestrado não publicada. Recife: Universidade Federal de Pernambuco.

- Cohen, S., Gottlieb, B. H. & Underwood, L. G. (2000). Social Relationships and Health. In S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Eds.). *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists* (pp.3-25). New York: Oxford.
- Cohen, S. & McKay, G (1984). Social Support, Stress and the Buffering Hypothesis: A Theoretical Analysis. A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.). *Handbook of Psychology and Health* (pp. 253-267). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chua, J. L., Touyz, S. & Hill, A. J. (2004). Negative Mood-Induced Overeating in Obese Binge Eaters: An Experimental Study. *International Journal of Obesity*, 28, 606-610.
- Circular Normativa nº18/2008 de 11 de Agosto. Gestão Integrada da Obesidade - Candidaturas a Centros de Tratamento de Obesidade. Direção Geral de Saúde. Lisboa.
- Circular Normativa nº20/2008 de 13 de Agosto. Gestão Integrada da Obesidade - Prioridade de Referenciação de Doentes Obesos para Avaliação Multidisciplinar de Tratamento de Obesidade. Direção Geral de Saúde. Lisboa.
- Craig, P. L. & Truswell, A. S. (1990). Dynamics of Food Habits of Newly Married Couples: Weight and Exercise Patterns. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 47, 42-46.
- Cutrona, C. E. & Russel, D. W. (1990). Type of Social Support and Especific Stress: Toward a Theory of Optimal Matching. In B. R. Sarason & G. R. Pierce (Eds.). *Social Support: Na Interaccional View* (pp. 319-366). New York: Wiley.
- Decreto-Lei nº4571/2005 de 2 de Março. Diário da República nº43/2005 - II Série. Ministro da Saúde. Lisboa.
- Dixon, J. B., Dixon, M., E. & O'Brien, P. E. (2003). Depression in Association with Severe Obesity. *Archives International Medicine*, 163, 2058-2065.
- Dong, C., Sanchez, L. E. & Prince, R. A. (2004). Relationship of Obesity to Depression: A Family-based Study. *International Journal of Obesity*, 28, 790-795.
- Dores, H., Leitão, A., Marques, F., Araújo, I., Ndrio, E., Fonseca, C. & Ceia, F. (2009). Exercício Físico quando a Má Prática Compromete os benefícios. *Revista Fatores de Risco*, 12, 42-47.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Dymek, M. P., Grange, D., Neven, K. & Alverdy, J. (2002). Quality of Life After Gastric Bypass Surgery: A Cross-Sectional Study. *Obesity Research*, 10, 1135-1142.
- Elder, G. (1969). Appearance and Education in Marriage Mobility. *American Sociological Review*, 34, 519-533.
- Fabricatore, A. N. & Wadden, T. A. (2003). Psychological Functioning of Obese Individuals. *Diabetes Spectrum*, 16 (4), 246-251.
- Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., Sarwer, D. B. & Faith, M. S. (2005). Health-related Quality of Life and Symptoms of Depression in Extremely Obese Persons Seeking Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 15 (3), 304-309.

- Faith, M. S. & Allison, D. B. (1996). Assessment of Psychological Status Among Obese Persons. In J. K. Thompson. (Ed.). *Body Image, Eating Disorders and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment* (pp.365-388). Washington: American Psychological Association.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F. & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia Bariátrica: Aspectos Clínico-Cirúrgicos e Psiquiátricos. *Revista Psiquiátrica*, 26 (1), 47-51.
- Fettes, P. & Williams, D. E. (1996). Assessment and Treatment of Morbid Obesity. In J. K. Thompson. (Ed.). *Body Image, Eating Disorders and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment* (pp.365-388). Washington: American Psychological Association.
- Fontaine, K. & Barofsky, I. (2001). Obesity and Health - Related Quality of Life. *Obesity Reviews*, 2, 173-182.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. Loures: Editora Lusociência.
- França, D. L., Nascimento, E. A. & Gravena, A. A. (2011). Aspectos Gastrointestinais, Perda de Peso e Uso de Suplementos Vitamínicos em Pacientes Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. *Revista Saúde e Pesquisa*, 4 (1), 23-28.
- Frances, A. & Ross, R. (2004). *Casos Clínicos. DSM-IV-TR Guia para Diagnóstico Diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Franques, A. R. M. (2003). Participação do Psiquiatra e do Psicólogo na Fase Pré-Operatória: Participação do Psicólogo. In A. B. Garrido (Ed.). *Cirurgia da Obesidade* (pp. 75-79). São Paulo: Atheneu.
- Franques, A. R. M. (2006). Depressão e Obesidade. In A. R. M. Franques & M. S. A. Loli (Eds.). *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Vetor.
- Friedman, M. A. & Brownell, K. D. (1995). Psychological Correlates of Obesity: Moving to the Next Research Generation. *Psychological Bulletin*, 117, 3-20.
- Gale, S. M., Castracane, V. D. & Mantzonos, C. S. (2004). Energy Homeostasis, Obesity and Eating Disorders: Recent Advances in Endocrinology. *Journal of Nutrition*, 134, 295-298.
- Gleiser, D. & Candemil, R. S. (2006). O Acompanhamento Emocional após a Cirurgia Bariátrica. In A. R. M. Franques & M. S. A. Loli (Eds.). *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Vetor.
- Goossens, L., Braet, C., Vlierberghe, L. & Mels, S. (2009). Loss of Control Eating in Overweight Youngsters: The Role of Anxiety, Depression and Emotional Eating. *Europe Eating Disorders*, 17, 68-78.
- Grave, R. D., Cuzzolaro, M., Calugi, S., Tomasi, F. Temperilli, F. & Marchesini, G. (2007). The Effect of Obesity Management on Body Image in Patients Seeking Treatments at Medical Centers. *Obesity Research*, 15, 2320-2327.

- Grilo, C. M. (1996). Treatment of Obesity: An Integrate Model. In J. K. Thompson. (Ed.). *Body Image, Eating Disorders and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment* (pp.365-388). Washington: American Psychological Association.
- Guerra, A. B. & Calil, H. M. (2004). Depressão. In L. A. B. Hetem & F. G. Graeff (Eds.). *Transtornos de Ansiedade* (pp.3-28). São Paulo: Atheneu.
- Guisado, M. J., Vaz, F. J., Alarcón, J., Béjar, A., Casado, M. J. & Rubio, M. A. (2002). Psicopatologia em Pacientes com Obesidade Mórbida Pós-cirurgia Gástrica. *Revista Cubana de Endocrinologia*, 13 (1), 29-34.
- Guterres, M. C. (2001). *Estudo do Suporte e da Qualidade de Vida em Doentes Mentais Crónicos a Viverem em Comunidade*. Tese de Mestrado não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Halpern, Z. S. & Rodrigues, M. B. (2003). Tratamento Dietético da Obesidade: Recomendações, Estratégias e Novas Evidências. *Revista Abeso*, 16 [on-line]. Retirado a 26 de Janeiro de 2013 do Website <http://www.abeso.org.br/pagina/174/tratamento-dietetico-da-obesidade.shtml>.
- Halpern, A. & Mancini, M. C. (1999). Como Diagnosticar e Tratar Obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, 56, 131-140.
- Healthy People Library Project (2006). *Obesity: The Science Inside*. New York: American Association for the Advancement of Science.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Hebebrand, J. & Sent, W. (2004). Do Psychosocial Variables Predict Weight Loss or Mental Health After Obesity Surgery? A *Systematic Review*. *Obesity Research*, 12 (10), 1554-1569.
- Herzer, M., Zeller, M. H., Rausch, J. R. & Modi, A. C. (2011). Perceived Social Support and its Association with Obesity-Specific Health-Related Quality of Life. *Journal Development Behavioral Pediatrics*, 32(3), 188-195.
- Hirsch, B. J. (1980). Natual Support Systems and Coping with Major Life Changes. *American Journal of Community Psychology*, 8(2), 159-172.
- Hojo, V. E., Melo, J. M. & Nobre, L. N. (2007). Alterações Hormonais após a Cirurgia Bariátrica. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 22 (1), 77-82.
- Hrabosky, J. I. & Thomas, J. J. (2008). Elucidating the Relationship between Obesity and Depression: Recommendations for Future Research. *Clinical Psychological: Science and Practice*, 15, 28-34.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2005). Uma Observação sobre Estimadas da Prevalência de Algumas Doenças Crónicas, em Portugal Continental. Retirado a 20 de Dezembro de 2012 do Website [http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/rel\\_preval-doencas-cronicas\\_onsa.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/rel_preval-doencas-cronicas_onsa.pdf).
- Jorm, A. F., Korten, E. E., Christensen, H., Jacomb, P. A., Rodgers, B. & Parslow, R. A. (2003). Association in Obesity with Anxiety, Depression and Emotional Well-Being: A

- Community Survey. *Austrian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 434-440.
- Kahan, H. S., Williamson, D. F. (1990). The Contributions of Income, Education and Changing Marital Status to Weight Change Among US Men. *Journal of Obesity*, 14, 1057-1068.
- Kahan, H. S., Williamson, D. F. & Stevens, J. A. (1991). Race and Weight Change in US Women: The Role of Socioeconomic and Marital Status. *American Journal Public Health*, 81, 319-323.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2006). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Karlsson, J., Sjostrom, L. & Sullivan, M. (1998). Swedish Obese Subjects (SOS) - An Intervention Study of Obesity. Two-Year Follow-up of Health-Related Quality of Life (HRQL) and Eating Behavior After Gastric Surgery for Severe Obesity. *International Journal of Obesity*, 22, 113-126.
- Kincey, J., Neves, H., Soulsby, C. & Taylor, T. V. (1996). Psychological State and Weight Loss After Gastroplasty for Major Obesity. *Psychology Health & Medicine*, 1(1), 113-118.
- Knorst, M. M., Souza, F. J. & Martinez, D. (2008). Síndrome das Apnéias-Hipopnéias Obstrutivas do Sono: Associação com Género e Obesidade e Fatores relacionados à Sonolência. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34 (7), 490-496.
- Kolanowski, J. (1997). Surgical Treatment for Morbid Obesity. *British Medical Bulletin*, 53 (2), 433-444.
- Kolotkin, R. L., Meter, K. & Williams, G. R. (2001). Quality of Life and Obesity. *Obesity Reviews*, 2, 219-229.
- Kral, J. G., Sjostrom, L. V. & Sullivan, M. B. (1992). Assessment of quality of Life Before and After Surgery for Severe Obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (2), 611S-614S.
- Larsson, U. E. & Mattsson, E. (2001). Perceived Disability and Observed Functional Limitations in Obese Women. *International Journal of Obesity*, 25 (11), 1705-1712.
- Lawlor, D. A. & Chaturvedi, N. (2006). Treatment and Prevention of Obesity - Are There Critical Periods for Intervention. *International Journal of Epidemiology*, 35, 3-9.
- Livingston, E. H. (2005). Complications of Bariatric Surgery. *Surgical Clinics of North America*, 85 (4), 853-868.
- Lokken, K., Ferraro, F. R., Kirchner, T. & Bowling, M. (2003). Gender Differences in Body Size Dissatisfaction Among Individuals with Low, Medium or High Levels of Body Focus. *The Journal of General Psychology*, 130 (3), 305-310.
- Loli, M. S. A. (2000). O Paciente Obeso na Clínica Psicoterápica. *Psic-Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 1 (2), 40-45.
- Mancini, M. C. (2002). Métodos de Avaliação da Obesidade e Alguns Dados Epidemiológicos. *Revista Abeso*, 3(11) [on-line]. Retirado a 26 de Janeiro de 2013 do Website <http://www.abeso.org.br/pagina/194.shtml>.

- Markowitz, S., Friedman, M. A. & Arent, S. M. (2008). Understanding the Relation Between Obesity and Depression: Causal Mechanisms and Implications for Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 1-20.
- Markus, A. (2005). Neurobiology of Obesity. *Nature Neuroscience*, 8 (5), 551.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS*. Braga: Psiquilíbrios.
- Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2006). Emotional Overeating and its Association with Eating Disorder Psychopathology among Overweight Patients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 141-146.
- Mason, E. E., Maher, J. W., Scott, D. H., et al. (1992). Ten Years of Vertical Banded Gastroplasty for Severe Obesity. *Problems in General Surgery*, 9, 280-289.
- Mather, A. A., Cox, B. J., Enns, M. W. & Sareen, J. (2009). Associations of Obesity with Psychiatric Disorders and Suicidal Behaviors in a Nationally Representative Sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 94 (4), 457-465.
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J. & Zanella, M. T. (2002). Binge Eating Disorder, Anxiety, Depression and Body Image in Grade III Obesity Patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (4), 165-169.
- McMillan, D. W. & George, D. M. (1986). Sense of Community: A Definition and Theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23.
- Mello, E. D., Luft, V. C. & Meyer, F. (2004). Obesidade Infantil: Como podemos ser eficazes?. *Jornal de Pediatria*, 80 (3), 173-182.
- Mendes, S. & Pais-Ribeiro, J. (2010). Estudo do Indivíduo Obeso: Relação entre Adesão e Satisfação com Cuidados Médicos. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Ministério da Saúde. (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Lisboa: Europress.
- Ministério da Saúde. (2009). *Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde*. Retirado em 23 de Dezembro do Website <http://impns.dgs.pt/?s=obesidade&lang=pt-pt>.
- Ministério da Saúde Brasileiro. (2008). Cirurgia Bariátrica no Tratamento da Obesidade Mórbida. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde* 2008, 3(5). Retirado a 06 de Dezembro de 2012 do Website <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Brats5.pdf>.
- Moral, M. R. (2010). *Avaliação do Autoconceito no Doente Submetido a Cirurgia Bariátrica*. Trabalho de Investigação não publicado. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Must, A. & Strauss, R. S. (1999). Risks and Consequences of Childhood and Adolescent Obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, 23 (2), 2-11.
- Mykletun, A., Stordal, E. & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale: Factor Structure, Item Analyses and Internal Consistency in a Large Population. *British Journal of Psychiatry*, 179, 540-544.

- National Health & Medical Research Council (2003). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Adults*. Retirado a 06 de Dezembro de 2012 do Website <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/obesityguidelines-guidelines-adults.htm>.
- Nazroo, J. Y., Edwards A. C. & Brown G. W. (1997). Gender Differences in Onset of Depression following a Shared Life Event: A Study of Couples. *Psychological Medicine*, 27, 9-19.
- Nobre, E. L., Jorge, Z., Macedo, A. & Castro, J. (2004). Tendências do Peso em Portugal no Final do Século XX: Estudo de Coorte de Jovens do Sexo Masculino. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 205-209.
- Novais, J. J. (2005). *Suporte Social como Prevenção em Saúde Mental e Obesidade*. Tese de Doutorado não publicada. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.
- Nozaki, V. T. & Rossi, N. M. (2010). Imagem Corporal: Cirurgia Bariátrica. *Revista Saúde e Pesquisa*, 3 (2), 185-191.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, J. H. (2006). *Aspetos Psicológicos de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica*. Tese de Mestrado não publicada. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Olinto, M. T. A. (2007). Níveis de Intervenção para Obesidade Abdominal: Prevalência e Fatores Associados. *Caderno de Saúde Pública*, 6 (22), 1207-1215.
- Olinto, M. T. A., Costa, J. S. D. & Pattussi, M. P. (2007). Epidemiologia da Obesidade Abdominal em Mulheres Adultas Residentes no Sul do Brasil. *Arquivos Latino-americanos de Nutricion*, 57 (4), 349-356.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia Comunitária: Origens, Fundamentos e Áreas de Intervenção. *Análise Psicológica*, 3(15), 375-388.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Pacheco, E. S. C. (2006). Consequências Psicológicas Posteriores à Cirurgia. In A. R. M. Franques & M. S. A. Loli (Eds.). *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade* (pp.205-217). São Paulo: Vetor.
- Padez, C. (2006). Trends in Overweight and Obesity in Portuguese Conscripts from 1986 to 2000 in Relation to Place of Residence and Educational Level. *Public Health*, 120, 946-952.
- 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 Human Biology*, 16, 670-678.
- Paharia, M. I. & Kase, L. (2008). Obesity. In B. A. Boyer & M. I. Paharia (Eds.). *Comprehensive Handbook of Clinical Health* (pp.81-103). New Jersey: Wiley.

- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. (2007b). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Pais-Ribeiro, J. & Guterres, M. (2002). A Qualidade de Vida das Pessoas com Perturbações Mentais Crónicas apoiados por Serviços Comunitários. In I. Leal, I. Cabral & J. Pais-Ribeiro (Eds.). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 283-289). Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation Study of Portuguese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Pereira, M. E. (2004). Conceito de Ansiedade. In L. A. B. Hetem & F. G. Graeff (Eds.). *Transtornos de Ansiedade* (pp.3-28). São Paulo: Atheneu.
- Perri, M. G. & Corsina, J. A. (2003). Treatment of Obesity. In S. Llewelyn & P. Kennedy (Eds.). *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 181-202). Chichester: Wiley.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G., Joseph, H. J. & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and Assessing Social Support in the Context of the Family. In G. R. Pierce, Sarason, B. R. & Sarason, I. G. (Eds.). *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 3-23). New York: Plenum Press.
- Pine, D. S., Goldstein, R. B., Wolk, S. & Weissman, M. M. (2001). The Association between Childhood Depression and Adulthood Body Mass Index. *Pediatrics*, 107, 1049-1056.
- Plano Nacional de Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Retirado a 23 de Dezembro de 2012 do Website <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ponte, A. C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2008). Estudo Preliminar das Propriedades Métricas do MOS Social Support Survey. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.) *Actas do 7º Congresso de Psicologia da Saúde* (pp.53-56). Lisboa: ISPA.
- Portal da Saúde. (2005). *Como se trata a Obesidade?*. Retirado a 05 de Dezembro de 2012 do Website <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/disturbios+alimentares/comosetrataa+obesidade.htm>.
- Portal da Saúde. (2006). *Enciclopédia da Saúde: Doenças do Aparelho Circulatório-Hipertensão Arterial*. Retirado a 20 de Dezembro de 2012 do Website <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>.
- Portal da Saúde. (2011). *Enciclopédia da Saúde: Doenças Crónicas-Diabetes*. Retirado a 20 de Dezembro de 2012 do Website

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/diabetes.htm>.

- Powers, K. A., Rehrig, S. T. & Jones, D. B. (2007). Financial Impact of Obesity and Bariatric Surgery. *Medical Clinics of North America*, 91 (3), 321-338.
- Psychological Considerations of The Massive Weight Loss Patient. (2006). *Journal Plastic and Reconstructive Surgery*, 117 (Suppl. 1), 17-21.
- Puzziferi, N. (2005). Psychologic Issues in Bariatric Surgery - The Surgeon's Perspective. *Surgical Clinics of North America*, 85 (4), 741-755.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rebelo, A. & Leal, L. (2007). Fatores de Personalidade e Comportamento Alimentar em Mulheres Portuguesas com Obesidade Mórbida: Estudo Exploratório. *Análise Psicológica*, 25 (3), 467-477.
- Revenson, T. A. & Lepore, S. J. (2012). Coping in Social Context. In A. Baum, T. A. Revenson & J. Singer (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (pp.193-217). New York: Psychology Press.
- Richardson, L. P., Davis, R., Poulton, R., McCauley, E., Moffitt, T. E., Caspi, A. & Connell, F. (2003). A Longitudinal Evaluation of Adolescent Depression and Adult Obesity. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 739-745.
- Roberts, R. E., Strawbridge, W. J., Deleger, S. & Kaplan, G. A. (2002). Are the Fat More Jolly? *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 169-180.
- Rodrigues, B. V. & Madeira, M. (2009). Suporte Social e Saúde Mental: Revisão da Literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa dos Porto*, 6, 390-399.
- Rosen, J. C. (1996). Improving Body Image in Obesity. In J. K. Thompson. (Ed.). *Body Image, Eating Disorders and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment* (pp.365-388). Washington: American Psychological Association.
- Rosik, C. H. (2005). Psychiatric Symptoms among Prospective Bariatric Surgery Patients: Rates of Prevalence and Their Relation to Social Desirability, Pursuit of Surgery and Follow-up Attendance. *Obesity Surgery*, 15, 677-683.
- Sage, M. G. (2006). Obesidade e Peso Corporal: Riscos e Consequências. *Movimento & Percepção*, 6 (8), 29-48.
- Salve, M. G. (2006). Obesidade e Peso Corporal: Riscos e Consequências. *Movimento e Percepção*, 6 (8).
- Samuel, I., Mason, E. E., Renquist, K. E., Zimmerman, M. B. & Jamal, M. (2006). Bariatric Surgery Trends: An 18 Years Report from The International Bariatric Surgery Registry. *The American Journal of Surgery*, 192, 657-662.
- Sánchez, R. S., López, A. J., Vargas, M. A., Téllez, Z. J., Vásquez, V. V., Arcila, M. D., González, B. J., Herrera, M. F. & Salín, P. R. (2003). Prevalencia de Trastornos

- Psiquiátricos em Pacientes com Obesidade Extrema Candidatos a Cirurgia Bariátrica. *Revista de Investigación Clínica*, 55 (4), 400-406.
- Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Sawaia, B. (1999). *As Artimanhas da Exclusão: Análise Psicossocial e Ética da Desigualdade Social*. Petrópolis: Vozes.
- Schoenborn, C. A. (2004). Marital Status and Health: United States, 1999-2002. *Adv Data*, 15 (351), 1-32.
- Scott, K., McGee, M., Wells, E. & Browne, M. (2008). Obesity and Mental Disorders in the Adult General Population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 97-105.
- Segal, A. (2003). Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. *Revista Abeso*, 4 (12).
- Segal, A., Cardeal, M. V. & Cordás, T. A. (2002). Aspectos Psicossociais e Psiquiátricos da Obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29 (2), 81-89.
- Segal, A. & Fandiño, J. (2002). Indicações e Contraindicações para a Realização das Operações Bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 66-72.
- Silva, A. N. & Costa, E. (2003). Obesidade Mórbida: Fome? De ser Feliz? *Pensando Famílias*, 5 (5), 75-81.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). A Abordagem em Empowerment na Doença Crônica. In: I. Leal (Ed.). *Perspetivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2009). Cirurgia de Obesidade: Qualidade de Vida e Variáveis Psicológicas Antes e Depois do Tratamento Cirúrgico. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11 (2), 196-210.
- Silva, M. M. (2000). Obesidade Mórbida. Candidatos à Cirurgia: Diagnóstico Psicológico, sua Necessidade e Importância. *Psic Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 1 (2), 32-39.
- Silva, Y., Costa, R. & Ribeiro, R. L. (2008). Obesidade Infantil: uma Revisão Bibliográfica. *Saúde & Ambiente em Revista*, 3 (1), 1-15.
- Simon, G. E., Korff, M. V., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Belle, G. V. & Kessler, R. C. (2006). Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in US Adult Population. *Archives of General Psychiatry*, 63, 824-830.
- Siqueira, M. (2008). Construção e Validação da Escala de Percepção Social. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 381-388.
- Sinzato, E. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida de Obesos. *Estudos*, 34 (1/2), 35-51.
- Soares, A. S. (2009). *Qualidade de Vida, Depressão e Ansiedade em Indivíduos que Procuram Tratamento para a Obesidade*. Tese de Mestrado não publicada. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Sobal, J., Rauschenbach, B. & Frongillo, E. A. (2003) Marital Status Changes and Body Weight Changes: A US Longitudinal Analysis. *Social Science & Medicine*, 56, 1543-1555.

- Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade e Doenças Metabólicas (2011). *Tipos de Cirurgia*. Lisboa. Retirado em 05 de Dezembro de 2012 do Website <http://www.spco.pt/tipo-de-cirurgia>.
- Stuart, R. B. & Jacobson, B. (1987). *Weight, Sex and Marriage*. New York: Fireside.
- Swencionis, C. & Rendell, S. L. (2012). The Psychology of Obesity. *Abdominal Imaging Journal*, 37, 733-737.
- Swinburn, B.A., Caterson, I., Seidell, J. C. & James, W. P (2004). Diet, Nutrition and the Prevention of Excess Weight Gain and Obesity. *Public Health Nutrition*, 7, 123-146.
- Tavares, M. C. (2003). *Imagem Corporal - Conceito e Desenvolvimento*. São Paulo: Manole
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina: Modelos Teóricos e Avaliação. *Ata Médica Portuguesa*, 22 (1), 89-98.
- Terra, J. L. (1997). Le Point de Vue du Psychiatre sur le Traitement de l'obésité Morbide par Gastroplastie. *Annales de Chirurgie*, 51 (2), 177-182.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C. & Cunha, S. (2004). Abordagem Psicológica da Obesidade Mórbita: Caracterização e Apresentação do Protocolo de Avaliação Psicológica. *Análise Psicológica*, 3 (22), 533-550.
- Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Psychological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387.
- Verheijden, M. W., Bakx, J. C., Weel, C., Koelen, M. A. & Staveren, W. (2005). Role of Social Support in Lifestyle-focused Weight Management Interventions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59 (Supl.1), S179-186.
- Viana, V. (2002). Psicologia, Saúde e Nutrição: Contributo para o Estudo do Comportamento Alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (2), 611-624.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Lipschutz, P. E. et al. (2006). Comparison of psychosocial Status in Treatment-seeking Women with Class III vs. Class I-II Obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2, 138-145.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Jones, L., Stack, R. & Williams, N. S. (2007). Psychosocial and Behavioral Status of Patients Undergoing Bariatric Surgery: What to Expect Before and After Surgery. *Medical Clinics of North America*, 91 (3), 451-469.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Womble, L. G., Foster, G. D. McGuckin, B. G. & Schimmel, A. (2001). Psychosocial Aspects of Obesity and Obesity Surgery. *Surgical Clinics of North America*, 81 (5), 1-24.
- WHO-World Health Organization. (2011). *NCD Country Profiles: Portugal*. Retirado em 22 de Dezembro de 2012 do Website [http://www.who.int/nmh/countries/prt\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf).
- WHO-World Health Organization. (2012<sup>a</sup>). *10 Facts on Obesity*. Geneva. Retirado em 24 de Novembro de 2012 do Website <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index.html>.

- WHO-World Health Organization. (2012<sup>b</sup>). *Action Plan for Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*. Copenhagen: The Regional Office for Europe of World Health Organization.
- Williams, J. M., Watts, F. N., Macleod, C. & Mathews, A. (2000). *Psicologia Cognitiva e Perturbações Emocionais*. Lisboa: Climepsi.
- Wilson, G. T. (1996). Acceptance and Change in The Treatment of Eating Disorders and Obesity. *Behavior Therapy*, 27, 417-439.
- Yasin, M. A. & Dzulkifli, M. A. (2010). The Relationship between Social Support and Psychological Problems among Students. *International Journal of Business and Social Science*, 1 (3), 110-116.
- Zilberstein, B., Neto, M. G. & Ramos, A. C. (2002). O Papel da Cirurgia no Tratamento da Obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, 59 (4), 258-263.
- Zimond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

# **ANEXOS**

# **ANEXO A**

Departamento de Psicologia e Educação  
Universidade da Beira Interior



No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, pretende-se levar a cabo uma investigação que tem como objetivo avaliar a perceção de suporte social, assim como o estado emocional de pessoas com diagnóstico de obesidade e que procuram tratamento cirúrgico. Neste sentido a sua colaboração revela-se bastante importante e, como tal, solicita-se o preenchimento do presente questionário.

Questionário

ASPETOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

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

IDADE: \_\_\_\_anos. N° DO PROCESSO \_\_\_\_\_

GÉNERO: Feminino  Masculino

ESTADO CIVIL: Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo

SITUAÇÃO PROFISSIONAL: Empregado  Desempregado  Reformado

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

← ANTES DA CIRURGIA: →  
PESO: \_\_\_\_quilos; ALTURA: \_\_\_\_centímetros; ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC): \_\_\_\_

JÁ LHE FOI DIAGNOSTICADO DEPRESSÃO POR UM MÉDICO?	Sim	TOMA OU JÁ TOMOU MEDICAÇÃO PARA A DEPRESSÃO PRESCRITA PELO MÉDICO?	Sim
	Não		Não
JÁ LHE FOI DIAGNOSTICADO ANSIEDADE POR UM MÉDICO?	Sim	TOMA OU JÁ TOMOU MEDICAÇÃO PARA A ANSIEDADE PRESCRITA PELO MÉDICO?	Sim
	Não		Não

ASPETOS RELATIVOS AO PADRÃO ALIMENTAR E ESTILO DE VIDA:

QUAIS AS REFEIÇÕES QUE FAZ POR DIA?

Pequeno-almoço  Lanche da manhã  Almoço  Lanche da tarde  Jantar  Ceia

POR SEMANA COM QUE FREQUÊNCIA PRÁTICA DESPORTO OU EXERCÍCIO FÍSICO?

Nunca  Uma vez  Duas a três vezes  Mais de três vezes

QUANTAS HORAS DORME, EM MÉDIA, POR NOITE?

Entre 1 a 3 horas  Entre 4 a 6 horas  Entre 7 a 9 horas  Mais do que 9 horas

### HISTORIAL DO AUMENTO DE PESO E DA OBESIDADE:

IDADE DE INÍCIO DO AUMENTO DE PESO: \_\_\_\_\_ anos; PESO MÁXIMO QUE JÁ TEVE: \_\_\_\_\_ quilos

#### INÍCIO DO AUMENTO DE PESO ASSOCIADO A:

Etapas do Ciclo de Vida	“Sempre fui assim desde que nasci”	<input type="checkbox"/>
	Infância	<input type="checkbox"/>
	Idade Escolar	<input type="checkbox"/>
	Puberdade/Adolescência	<input type="checkbox"/>
	Adulterez	<input type="checkbox"/>
Acontecimentos de Vida	Casamento	<input type="checkbox"/>
	Gravidez(es)	<input type="checkbox"/>
	Acontecimentos significativos acidentais	<input type="checkbox"/>
	Modificações no estilo de vida	<input type="checkbox"/>
	Outros (especificar) _____	<input type="checkbox"/>

#### QUAIS AS CAUSAS QUE CONSIDERA TEREM SIDO IMPORTANTES PARA O AUMENTO DO PESO?

Hábitos alimentares desadequados	<input type="checkbox"/>	Alterações hormonais	<input type="checkbox"/>
Compulsão para comer/falta de controlo para comer (Voracidade alimentar)	<input type="checkbox"/>	Fatores hereditários (Antecedentes familiares)	<input type="checkbox"/>
Alterações do estado emocional	<input type="checkbox"/>	Alterações metabólicas e do organismo	<input type="checkbox"/>
Acontecimentos de vida	<input type="checkbox"/>	Sedentarismo	<input type="checkbox"/>
Medicação	<input type="checkbox"/>	Doenças	<input type="checkbox"/>
Outros (especificar) _____			<input type="checkbox"/>

#### CONSEQUÊNCIAS ASSOCIADAS AO EXCESSO DE PESO?

Dificuldades de aquisição de vestuário	<input type="checkbox"/>
Dificuldades de desempenho de tarefas diárias	<input type="checkbox"/>
Problemas funcionais, cansaço e dores físicas	<input type="checkbox"/>
Insatisfação com o corpo e com a autoimagem	<input type="checkbox"/>
Sintomas psicológicos e emocionais (Ansiedade, depressão, tristeza, nervosismo, apatia)	<input type="checkbox"/>
Problemas sociais e interpessoais- Isolamento (sentir-se “à parte das outras pessoas”); Discriminação (ser gozado(a), maltratado(a) e estigmatizado(a) pelos outros), etc.	<input type="checkbox"/>
Problemas profissionais e de emprego	<input type="checkbox"/>
Problemas conjugais e/ou sexuais com o companheiro(a) ou namorado(a)	<input type="checkbox"/>
Alvo de gozo/chacota por parte de familiares	<input type="checkbox"/>
Evitamento de atividades sociais prazerosas	<input type="checkbox"/>
Outras (especificar): _____	<input type="checkbox"/>

**PROBLEMAS DE SAÚDE ASSOCIADOS À OBESIDADE:**

Diabetes tipo II	<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	Dores musculares	<input type="checkbox"/>
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	Dores ósseas	<input type="checkbox"/>	Doenças cardíacas	<input type="checkbox"/>
Dificuldades de respiração	<input type="checkbox"/>	Outros (especificar) _____			<input type="checkbox"/>

**TENTATIVAS DE PERDA DE PESO:**

Nunca tentei emagrecer				<input type="checkbox"/>
Já tentei emagrecer:				<input type="checkbox"/>
Por iniciativa própria	Apoio de Nutricionista	Especialista de produtos naturais	Outras (especificar) _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Resultados:</b>				
Perdi peso	Perdi peso	Perdi peso	Perdi peso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Não perdi peso	Não perdi peso	Não perdi peso	Não perdi peso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Benefícios mantidos após o programa</b>				
Nenhuns	Nenhuns	Nenhuns	Nenhuns	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regras alimentares	Regras alimentares	Regras alimentares	Regras alimentares	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auto-controlo	Auto-controlo	Auto-controlo	Auto-controlo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Implementação da atividade física	Implementação da atividade física	Implementação da atividade física	Implementação da atividade física	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ERROS ALIMENTARES MAIS COMUNS (ANTES DA CIRURGIA):**

Exagero nas quantidades em cada refeição	<input type="checkbox"/>	Pouco ou nenhum consumo de vegetais	<input type="checkbox"/>
"Saltar" refeições	<input type="checkbox"/>	Ingestão excessiva de gorduras e açúcares	<input type="checkbox"/>
Preparação alimentar (molhos, gorduras, temperos)	<input type="checkbox"/>	Comer de pé e/ou em frente à televisão	<input type="checkbox"/>
Mastigação rápida dos alimentos	<input type="checkbox"/>	Consumo excessivo de pão, arroz, massa	<input type="checkbox"/>
Voracidade alimentar (comer muito em pouco tempo)	<input type="checkbox"/>	Pouca ingestão de água	<input type="checkbox"/>
Petiscar constantemente	<input type="checkbox"/>	Ingestão alimentar noturna	<input type="checkbox"/>
Preferência por alimentos hipercalóricos	<input type="checkbox"/>	Muitas horas sem comer	<input type="checkbox"/>
Outros (especificar) _____			<input type="checkbox"/>

**ASPETOS RELATIVOS À CIRURGIA BARIÁTRICA:**

**FASE EM QUE SE ENCONTRA NO PROCESSO TERAPÉUTICO:**

A aguardar cirurgia  Pós-cirurgia há menos de 6 meses  Pós-cirurgia há mais de 6 meses

**TIPO DE INTERVENÇÃO BARIÁTRICA É QUE VAI SER OU JÁ FOI SUBMETIDO(A)?**

Banda Gástrica  Balão Gástrico  Bypass  Ainda não fui informado

**COMO TOMOU CONHECIMENTO ACERCA DA CIRURGIA?**

Consulta médica  Familiares  Amigos  Meios de comunicação

**QUEM O ACOMPANHA E LHE DÁ APOIO NO QUE DIZ RESPEITO À CIRURGIA?**

Companheiro	<input type="checkbox"/>	Pais	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>
Filhos	<input type="checkbox"/>	Família alargada	<input type="checkbox"/>	Colegas de trabalho	<input type="checkbox"/>
Médicos	<input type="checkbox"/>	Outros (especificar)	_____		

**DIFICULDADES ASSOCIADAS À NOVA VIDA APÓS A CIRURGIA:**

Mudança no comportamento alimentar	<input type="checkbox"/>	Procedimentos/Tratamentos médicos	<input type="checkbox"/>
Auto-controlo/Controlar o impulso para comer	<input type="checkbox"/>	Prática de exercício físico	<input type="checkbox"/>
Outros (especificar)	_____		<input type="checkbox"/>

**SE JÁ FOI SUBMETIDO À CIRURGIA, QUE ALTERAÇÕES ALIMENTARES FEZ?**

Não ficar mais de três horas sem comer	<input type="checkbox"/>	Consumo diário de vegetais e frutas	<input type="checkbox"/>
Fazer mais de cinco refeições por dia	<input type="checkbox"/>	Redução da ingestão de gorduras e açúcares	<input type="checkbox"/>
Preferência por cozidos, grelhados e sopas	<input type="checkbox"/>	Evitar comer de pé e/ou em frente à televisão	<input type="checkbox"/>
Mastigação lenta e pausada dos alimentos	<input type="checkbox"/>	Consumo moderado de pão, arroz, massa	<input type="checkbox"/>
Redução das quantidades em cada refeição	<input type="checkbox"/>	Ingestão de água ao longo do dia	<input type="checkbox"/>
Outros (especificar)	_____		<input type="checkbox"/>

**BENEFÍCIOS DA CIRURGIA E DA CONSEQUENTE DIMINUIÇÃO DE PESO:**

Diminuição dos sinais depressivos, tristeza, apatia	<input type="checkbox"/>
Redução da ansiedade, inquietude, nervosismo	<input type="checkbox"/>
Sensação de bem-estar psicológico e emocional	<input type="checkbox"/>
Diminuição do cansaço e dores físicas (melhoria do estado geral de saúde)	<input type="checkbox"/>
Aquisição de vestuário mais facilmente	<input type="checkbox"/>
Sensação de proximidade e bem-estar quando está com os outros	<input type="checkbox"/>
Sensação de maior proximidade com a família	<input type="checkbox"/>
Relação conjugal e sexual mais prazerosa	<input type="checkbox"/>
Melhoria a nível estético e de auto-estima	<input type="checkbox"/>
Execução de atividades sociais que gostava e que o seu peso não o permitia	<input type="checkbox"/>
Outros (especificar): _____	<input type="checkbox"/>

# **ANEXO B**

*Assunto: Pedido de autorização para a realização de uma investigação académica no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga - Autorização da Responsável do Serviço de Psiquiatria e Cirurgia.*

Exma Dr<sup>a</sup> S. e Exm Dr. M,

Eu, Patrícia Romão Fonseca, discente na Universidade da Beira Interior do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, venho por este meio apresentar, formalmente, o pedido de autorização para que possa realizar no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, durante o ano de 2013, um estudo sobre “Perceção de Suporte Social e Estado Emocional em Pessoas com Diagnóstico de Obesidade e que Procuram Tratamento Cirúrgico”. Esta investigação faz parte das exigências propostas pela universidade para a obtenção do grau de mestre, bem como para a conclusão do mestrado. De uma forma mais específica, a investigação tem como intuito avaliar a forma como os sujeitos que padecem de diagnóstico de obesidade e que procuram tratamento cirúrgico percebem o seu suporte social, assim como perceber o seu estado emocional. Pretende-se também compreender se existem ou não diferenças no estado emocional e na perceção de suporte social em três momentos cruciais do processo cirúrgico, isto é no período pré-cirúrgico, bem como no pós-cirúrgico até seis meses e após seis meses.

Neste sentido para a realização deste projeto necessitaria de aplicar três instrumentos aos utentes da Instituição Hospitalar que frequentam as consultas. O primeiro grupo compreende um questionário que engloba aspetos sociodemográficos, aspetos relativos ao padrão alimentar e estilo de vida, historial do aumento de peso e da obesidade, assim como aspetos relativos à cirurgia bariátrica. Já o segundo grupo é constituído pela Escala de Satisfação com o Suporte Social e, por fim, o último grupo é composto pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Também será entregue um consentimento informado a todos os utentes onde é explicitado a essência do estudo, tal como é transmitido a ideia da participação anónima e da confidencialidade dos dados, sendo que as pessoas têm a liberdade para não participarem na investigação. Importa ressaltar que tanto a bateria de instrumentos, como o consentimento informado se encontram anexados.

Neste seguimento para poder colocar em ação a minha investigação necessito da autorização formal da Comissão de Ética, sendo que para a obter tenho de, numa primeira instância, pedir autorização ao Responsável pelo Serviço que está envolvido neste projeto, ou seja, ao serviço de Psiquiatria e Cirurgia Geral. Com base no suprarreferido, solicito mais uma vez a autorização formal do Serviço de Psiquiatria para a recolha de informação junto dos utentes do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração, agradecendo, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Patrícia Fonseca)

# **ANEXO C**

*Assunto: Pedido de autorização para a realização de uma investigação académica no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga.*

Exmo(s) Senhor(s) da Comissão de Ética e Conselho de Administração,

Eu, Patrícia Romão Fonseca, discente na Universidade da Beira Interior do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, venho por este meio apresentar, formalmente, o pedido de autorização para a realização, no CHEDV, de um estudo intitulado de *“Perceção de Suporte Social e Estado Emocional em Pessoas com Diagnóstico de Obesidade e que Procuram Tratamento Cirúrgico”*. Esta investigação irá decorrer durante um período de cerca de seis meses, isto é, de Dezembro a Maio de 2013, fazendo parte das exigências propostas pela universidade para a obtenção do grau de mestre, bem como para a conclusão do mestrado.

De uma forma mais específica, o estudo empírico tem como intuito avaliar a forma como os sujeitos que padecem de diagnóstico de obesidade e que procuram tratamento cirúrgico percebem o seu suporte social, assim como esmiuçar um pouco mais o seu estado emocional. Pretende-se, igualmente, compreender se existem ou não diferenças no estado emocional e na perceção de suporte social em três momentos cruciais do processo cirúrgico, isto é no período pré-cirúrgico, bem como no pós-cirúrgico até seis meses e após seis meses. Os participantes nesta investigação deverão apresentar alguns critérios base, nomeadamente terem idade igual ou superior a dezoito anos, padecerem de diagnóstico clínico de obesidade, serem acompanhados pela equipa multidisciplinar que está encarregue de todo o processo de cirurgia bariátrica do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga.

Para a realização efetiva deste projeto serão aplicados três instrumentos aos utentes da Instituição Hospitalar que frequentam as consultas. O primeiro grupo compreende um questionário que engloba aspetos sociodemográficos, aspetos relativos ao padrão alimentar e estilo de vida, historial do aumento de peso e da obesidade, assim como aspetos relativos à cirurgia bariátrica. Já o segundo grupo é constituído pela Escala de Satisfação com o Suporte Social e, por fim, o último grupo é composto pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.

Também será entregue um consentimento informado a todos os utentes onde é explicitado a essência do estudo, tal como é transmitido a ideia da participação anónima e da confidencialidade dos dados, sendo que as pessoas têm a liberdade para não participar ou desistir da investigação, sem qualquer tipo de prejuízo no atendimento e tratamento clínico. Por outro lado também é explicitado aos participantes que as informações recolhidas serão apenas utilizadas para fins estatísticos e investigacionais. Importa ressaltar que tanto a bateria de instrumentos, como o consentimento informado se encontram anexados ao presente documento.

No momento presente já detenho tanto a autorização formal da Dr<sup>a</sup> responsável pelo Serviço de Psiquiatria, assim como do Dr. responsável pelo Serviço de Cirurgia.

Com base no suprarreferido, solicito mais uma vez a autorização formal ao Conselho de Ética para a recolha de informação junto dos utentes do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, deixando o meu contato caso pretendam obter mais alguma informação que se revele pertinente.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração, agradecendo, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Patrícia Fonseca)

# **ANEXO D**

Exma. Senhora  
Dra. Patricia Fonseca  
Discente na Universidade da Beira Interior  
Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde

CA - 034/13 - 0t  
FS/AC

**Data:** 2013/01/17

**Assunto:** Trabalho de Investigação - "Perceção de suporte social e estado emocional em pessoas com diagnóstico de obesidade e que procuram tratamento cirurgico"

No seguimento ao pedido formulado por V.Exa., informa-se que o Conselho de Administração, em reunião de 17 de janeiro de 2013, deliberou autorizar a realização do trabalho de investigação mencionado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,



Presidente do Conselho de Administração

# **ANEXO E**

## Declaração de Consentimento Informado para Participação na Investigação

---

Ex.mo(a) Sr,

Gostaria de solicitar a sua participação na investigação académica que se intitula “Perceção de Suporte Social e Estado Emocional em Pessoas com Diagnóstico de Obesidade e que Procuram Tratamento Cirúrgico” que surge no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Caso participe neste estudo apenas terá de responder a um questionário que posteriormente será alvo de análise estatística. Em todo este processo será garantido a completa confidencialidade dos dados, bem como a privacidade de todos os participantes. Os dados obtidos serão utilizados única e exclusivamente para fins investigacionais.

Importa ainda mencionar que o questionário é anónimo e confidencial, sendo que só os responsáveis pela investigação terão acesso à informação. Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) é possível desistir de colaborar neste projeto, sem que por isso seja prejudicada no atendimento clínico que lhe é disponibilizado.

Obrigada desde já pela disponibilidade.

A investigadora responsável,

Patrícia Fonseca

.....

Preencha caso pretenda participar na investigação:

Eu, abaixo-assinado (nome completo)

declaro ter lido e compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da finalidade da investigação. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que voluntariamente forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação, assim como que será garantida a sua confidencialidade e anonimato.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_