



Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia e Educação

**“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão,
sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em
mulheres obesas e normativas. “**

Ana Carneiro

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA
SAÚDE.

Covilhã, 2010

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas. “

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Prof. Doutor Luís Maia apresentado à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o 9463.

AGRADECIMENTOS

Chegado ao fim mais uma etapa desta longa caminhada surge a reflexão e o agradecimento a todas as pessoas que comigo a partilharam e que, de algum modo, contribuíram para tornar este projecto no trabalho que a seguir apresento. A todas, num ou noutro momento, procurei suporte, apoio e estímulo para percorrer este caminho cheio de desafios.

Agradeço assim:

Ao meu orientador, Professor Doutor Luís Maia, pelo saber, rigor, profissionalismo e disponibilidade manifestada. Muitas vezes me fez voltar à “estrada principal” quando me perdia por “estradas secundárias”.

À Dra. Márcia Mendes pelo apoio, carinho e disponibilidade sempre presentes. Mais que supervisora de estágio, foi uma amiga a quem recorri nas horas mais difíceis.

A todos os participantes desta investigação por terem gasto o seu precioso tempo com o preenchimento dos instrumentos. Mas sem os quais jamais esta investigação seria possível.

Aos meus pais por todo o afecto, confiança, encorajamento e ajuda em mais esta etapa da minha vida. Por o apoio incondicional, disponibilidade de me ouvirem, por acreditarem neste projecto e nas minhas capacidades.

Ao meu irmão que simplesmente fica feliz por me ver feliz. Pela sua energia, ânimo e boa disposição.

Ao Ivan por toda a compreensão, carinho e força com que me incentivou. Foi sem dúvida alguma o meu porto de abrigo.

A todos aqueles que acreditaram em mim.

A todos vós o meu muito obrigado!

“ESTUDO DE CASO CONTROLO EMPARELHADO DA DEPRESSÃO, SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS, AUTO-ESTIMA E AUTO-CONCEITO EM MULHERES OBESAS E NORMATIVAS. “

RESUMO

O presente estudo teve como objectivo avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita à auto – estima e ao auto – conceito em mulheres obesas, utentes de uma unidade de saúde a usufruir de apoio psicoterapêutico comparativamente com mulheres normativas. Pretendeu-se ainda verificar a existência de indicadores de maior incidência de depressão e de sintomas psicopatológicos nas mulheres obesas relativamente às mulheres normativas.

A amostra foi constituída por 32 mulheres obesas e 32 mulheres normativas, emparelhadas por idade (± 3 anos) e escolaridade (± 3 anos), sendo avaliadas através de um Questionário Sócio-Demográfico, do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) (Vaz-Serra, 1993), da Escala de Auto – Estima de Coopersmith (Coopersmith, 1989), da SCL-90 (Derogatis, 1975) e do Inventário Clínico do Auto – Conceito (ICAC) (Vaz-Serra, 1985).

Os resultados apurados demonstram que a população obesa apresenta valores indicadores de maior incidência de sintomatologia depressiva e valores indicadores de um nível mais baixo de auto-conceito. Por sua vez, a população normativa apresentou valores indicadores de melhor auto-estima, bem como em todos os factores da SCL-90 valores indicadores de menor sintomatologia psicopatológica.

Assim concluímos que a população obesa necessita de recorrer a ajuda médica e psicológica no sentido de melhorar a sua saúde física e psicológica e posteriormente a sua qualidade de vida enquanto que a população normativa deve tentar prevenir a incidência da obesidade (Monteiro *et al*, 1995).

PALAVRAS – CHAVE: obesidade, auto-estima, auto-conceito, depressão e sintomas psicopatológicos.

"CASE - CONTROL STUDY ABOUT DEPRESSION, PSYCHOPATHOLOGY, SELF-ESTEEM AND SELF-CONCEPT IN OBESE AND NORMATIVE "

ABSTRACT

The present study was to assess whether there are significant differences with regard to self - esteem and self - concept in obese women, users of a health unit to take advantage of psychotherapeutic support compared with normative women. It was still intended to verify the existence of a higher incidence of depression and psychopathology in obese females compared with women normative.

The sample comprised 32 women and 32 obese women regulations, matched for age (± 3 years) and education (± 3 years) and evaluated through a Socio-Demographic Questionnaire, the Inventory of Clinical Assessment of Depression (IACLIDE) (Vaz-Serra, 1993), Scale - Self Esteem Coopersmith (Coopersmith, 1989), the SCL-90 (Derogatis, 1975) and the Clinical Inventory Self - Concept (ICAC) (Vaz Serra, 1985).

The results obtained show that the obese population has values indicating a higher incidence of depressive symptoms and values indicative of a lower level of self-concept. For its part, the normative population had values indicators improved self-esteem, as well as all factors of SCL-90 indicators of lower value psychopathologic symptomatology.

We conclude that obese people need to use medical and psychological help to improve their physical and psychological health and subsequently their quality of life while in the normative population should try to prevent the incidence of obesity (Monteiro et al, 1995).

KEY - WORDS: obesity, self-esteem, self-concept, depression and psychopathological symptoms.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE GERAL.....	VI
ÍNDICE COMPLEMENTAR.....	VII
INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	3
1.1 Obesidade.....	4
1.2 Depressão.....	10
1.3 Auto-Estima e Auto-Conceito.....	16
1.4 Sintomas Psicopatológicos.....	19
CAPITULO 2 – METODOLOGIA DO ESTUDO.....	21
2.1 Caracterização da amostra.....	22
2.2 Objectivo do Estudo	25
2.3 Formulação das Hipóteses	26
2.4 Variáveis.....	27
2.5 Caracterização dos Instrumentos	27
2.5.1 Questionário Sócio-demográfico	27
2.5.2 Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (Vaz Serra, 1993)	28
2.5.3 Escala de Auto-estima de Coopersmith (Coopersmith, 1989)	32
2.5.4 Symptom Cheklist – 90 – SCL – 90 (Derogatis, 1975)	32
2.5.5 Inventário Clínico de Auto-conceito (Vaz Serra, 1985)	34
2.6 Descrição dos Procedimentos	35
CAPITULO 3 – RESULTADOS.....	37
3.1 Pontuações do instrumento IACLIDE	38
3.2 Pontuações do instrumento Escala de Auto-Estima de Coopersmith.....	41
3.3 Pontuações do instrumento SCL-90	41
3.4 Pontuações do instrumento Inventário Clínico de Auto-Conceito.....	44
3.5 Diferenças de médias entre instrumentos.....	45
3.6 Correlação entre instrumentos.....	47
CAPITULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
CAPITULO 5 – CONCLUSÕES	62
CAPITULO 6 – REFLEXÃO FINAL	65
BIBLIOGRAFIA.....	67

ÍNDICE COMPLEMENTAR

Tabela 1: Índice de Massa Corporal	5
Quadro1: Factores de risco da depressão	12
Quadro 2: Características sócio-demográficas da amostra.....	23
Quadro 3: Características específicas de ambas as populações	25
Figura 1: Concepção dos sintomas do IACLIDE.	29
Quadro 4: Resultados do IACLIDE	38
Quadro 5: Resultados dos sintomas do IACLIDE	39
Quadro 6: Resultados das incapacidades do IACLIDE	40
Quadro 7: Resultados da Escala de Auto-Estima de Coopersmith	41
Quadro 8: Resultados do SCL-90	43
Quadro 9: Resultados do Inventário Clínico de Auto-Conceito	44
Quadro 10: Médias, desvios padrões e diferenças de médias entre os vários instrumentos nas duas populações em estudo.	46

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas. “

“Ninguém consegue ser original sem tentar.”

William Somerset Maugham

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas.”

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A presente investigação contextualiza-se no âmbito do Mestrado em Psicologia, Ramo Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Trata-se, deste modo, de um trabalho cuja finalidade principal é conhecer se existem diferenças estatisticamente significativas entre a incidência de sintomatologia depressiva, sintomas psicopatológicos bem como a auto-estima e auto-conceito entre 32 mulheres obesas e 32 mulheres normativas emparelhadas por idade (± 3 anos) e escolaridade (± 3 anos).

Pretendeu-se, assim aprofundar a temática da obesidade, visto ser a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e considerada actualmente uma epidemia mundial (Dyer, 1994).

Por conseguinte, esta investigação encontra-se dividida em três partes fundamentais.

A primeira parte refere-se assim à introdução, contextualização teórica dos constructos principais, sendo eles a obesidade, depressão, auto-estima, auto-conceito e sintomas psicopatológicos (Capítulo 1).

Na segunda parte faremos o desenho metodológico deste estudo, nomeadamente a caracterização da amostra, objectivo do estudo, formulação das hipóteses, variáveis e caracterização dos instrumentos (Capítulo 2).

Na terceira parte procedemos à apresentação dos resultados (Capítulo 3) tal como à discussão dos mesmos (Capítulo 4), terminando com as conclusões (Capítulo 5) e a reflexão final (Capítulo 6).

Procuramos, deste modo, com o presente estudo contribuir para uma melhor compreensão da obesidade, uma vez que a mesma é actualmente um importante problema de saúde pública com elevada prevalência. Pretendendo assim sensibilizar a população em geral para a prevenção desta patologia, já considerada como uma doença crónica, progressiva e letal, para o controlo das doenças a ela associadas bem como a necessidade de recorrer a ajuda médica e psicológica no sentido de melhorar a sua saúde física e psicológica e posteriormente a sua qualidade de vida (Monteiro *et al*, 1995).

Aos profissionais de saúde deixamos a mensagem que é assim necessário intervir mais e melhor junto destes pacientes.

CAPITULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA:

1.1 Obesidade

1.2 Depressão

1.3 Auto-Estima e Auto-Conceito

1.4 Sintomas Psicopatológicos

CAPITULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1.1 Obesidade

Durante muito tempo na história da humanidade, o aumento de peso, bem como o acumular de gordura, eram vistos como sinais de saúde e prosperidade (Almeida, Loureiro & Santos, 2002). Contudo, nos dias de hoje a obesidade é considerada uma doença crónica, que afecta crianças, adolescentes e adultos, (WHO, 1997 *cit in* Almeida, Loureiro & Santos, 2002), estando presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, não se limitando a uma região, país ou grupo racial/étnico, sendo um fenómeno mundial que afecta tanto ricos como pobres (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005).

É assim uma patologia que resulta de um acúmulo de tecido gorduroso (Nunes, Apolinário, Abuchaim, Coutinho *et al.*, 1998 *cit in* Vasques, Martins & Azevedo, 2004), localizado em todo o corpo, causado por herança genética (Fisberg, 2006), doenças endócrinas – metabólicas (Keppe, 2005), ou por alterações nutricionais (Fisberg, 2006; Hill & Peters, 1998 *cit in* Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002), produto da acção de factores ambientais (hábitos alimentares, actividade física e condições psicológicas) sobre indivíduos geneticamente predispostos a apresentar excesso de tecido adiposo (Popkim, 1998 *cit in* Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005). Pode-se ainda dizer que é reflexo de um desequilíbrio entre a quantidade de energia ingerida na dieta e aquela que é despendida pelo organismo no desempenho das suas actividades (Godoy-Matos & Oliveira, 2004; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002).

Contudo Abraham *et al.* (1983) fizeram uma importante distinção entre os conceitos de peso excessivo e obesidade, assim o primeiro refere-se a um excesso de peso em relação à altura. Enquanto o segundo tem a ver com um excesso de gordura corporal em relação à chamada massa magra corporal (Abraham *et al.*, 1983). Por conseguinte, a correlação da obesidade com o peso não é constante, podendo um excesso de peso não significar obesidade e vice-versa (Abraham *et al.*, 1983; Sjöström, 1993).

A palavra “obesidade” deriva do latim, dos termos *ob*, que significa muito e de *edere* que significa comer (Keppe, 2005). É uma doença psicossomática, de carácter crónico, com determinantes genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, dietéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos (Felippe & Santos, 2004), atingindo principalmente a população dos 25 aos 44 anos (Francischi, Pereira & Freitas, 2000 *cit in* Keppe, 2005).

Devido à sua etiologia ser complexa e multifactorial (Eliashewitz, Valente, Marquetti, Cohn & Cukier, 1988; Friedman & Brownell, 1995; Ingran, 1976; Pizzinatto, 1992 *cit in* Almeida, Loureiro & Santos, 2002), destacaremos os factores implicados na sua manifestação.

Assim no que respeita aos factores genéticos destaca-se o maior risco de desenvolvimento desta patologia na infância ou adolescência, numa família onde exista história de obesidade mórbida, índice de massa corporal maior ou igual a 40 ou mesmo índice de massa corporal menor que 40 (Guedes, Carrado, Godoy – Matos & Lopes, 2005). O risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto quando um dos progenitores é obeso atinge os 50%, chegando aos 80% quando ambos os progenitores são obesos (Guedes, Carrado, Godoy – Matos & Lopes, 2005).

De seguida apresentamos a tabela 1 com os intervalos do estado nutricional de acordo com o índice de massa corporal (IMC), sendo que o mesmo se calcula através da seguinte fórmula: $\text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$ (Plataforma Contra a Obesidade da Direcção Geral da Saúde, 2010).

Tabela 1: Índice de Massa Corporal

Estado Nutricional	IMC (kg/m²)
Magreza	< 18.5
Peso Normal	18.5 a 24.9
Excesso de Peso	25.0 a 29.9
Obesidade Grau I	30.0 a 34.9
Obesidade Grau II	35.0 a 39.9
Obesidade Grau III	> 40

Retirado da Plataforma Contra a Obesidade da Direcção Geral da Saúde.

De acordo com Marinho, Martins, Oliveira, Araújo (2007), a obesidade no adulto, por sua vez, pode resultar de um longo processo, que se inicia no feto, quando o mesmo foi submetido a situações carenciais, nomeadamente ao nível nutricional. Este processo adaptativo sucede entre outros factores, de situações crónicas de baixa ingestão de energia e nutrientes, determinadas pela forma de inserção social do indivíduo (Marinho, Martins, Oliveira & Araújo, 2007).

Assiste-se assim, segundo Guedes, Carrado, Godoy – Matos & Lopes (2005) a um aumento significativo da prevalência desta doença em variadas populações do

mundo, estando três componentes primários no sistema neuroendócrino envolvidos: o sistema aferente, que envolve a leptina e outros sinais de saciedade e do apetite de curto prazo; a unidade de processamento do sistema nervoso central; e o sistema eferente, um complexo de apetite, saciedade, efectores autonómicos e termogénicos.

Por outro lado, verifica-se que a maior taxa de obesidade surge nas populações com maior pobreza e menor nível educacional (Guedes, Carrado, Godoy-Matos & Lopes, 2005), provavelmente porque os alimentos de grande densidade energética como açúcares e gorduras são economicamente os mais acessíveis (Guedes, Carrado, Godoy-Matos & Lopes, 2005).

Estudos recentes levados a cabo pela Universidade Federal de São Paulo, indicam que os indivíduos desnutridos e sobreviventes de catástrofes, com posterior acesso à alimentação, podem incorporar mais facilmente a energia sob a forma de gordura, numa tentativa natural do organismo para se proteger de uma futura restrição alimentar (Fisberg, 2006). Outros fundamentos, segundo Fisberg (2006) mostram que a mudança dos hábitos de vida, o aumento do sedentarismo e a adopção de hábitos de vida não saudáveis, associados a uma alimentação inadequada, e à incorporação dos hábitos procedentes das sociedades americanizadas, podem explicar o aumento descontrolado desta doença já considerada uma epidemia por ter vindo aumentar drasticamente.

De facto os hábitos alimentares e o sedentarismo, resultado de um estilo de vida moderno, contribuem drasticamente para o aumento crescente desta patologia (Coelho, Laranjo, Monteiro, Bragança & Carreiro, 2008). Actualmente a alimentação mediterrânea tradicional tem vindo a ser substituída por alimentos pré-confeccionados, de consumo rápido e com elevado teor calórico, ricos em ácidos gordos saturados e pobres em hidratos de carbono complexos 2,3 (Coelho, Laranjo, Monteiro, Bragança & Carreiro, 2008). Efectivamente são alimentos facilmente acessíveis, que aliam o seu gosto a uma imagem tentadora, frequentemente publicitada nos meios de comunicação social (Coelho, Laranjo, Monteiro, Bragança & Carreiro, 2008)

O aumento de peso pode-se verificar igualmente durante a gestação, não havendo posteriormente perda de peso, após a menopausa o que se poderá dever à idade e ao estilo de vida ou mesmo após se deixar de fumar, uma vez que se pode ganhar em média 5 a 6 kg (Guedes, Carrado, Godoy-Matos & Lopes, 2005).

Por sua vez, o stress ao qual as pessoas obesas estão expostas frequentemente pode ser um importante factor no desenvolvimento da gordura visceral e abdominal, provavelmente por influência do cortisol (Brito, Bystronski & Mombach, 2005).

Vários medicamentos podem também ter um efeito adverso no peso corporal por influenciarem, a ingestão alimentar e o gasto calórico/energético (Guedes, Carrado,

Godoy-Matos & Lopes, 2005). É o caso dos Benzodiazepínicos, Corticosteróides, Antipsicóticos, Antidepressivos tricíclicos, Anti-epiléticos; Sulfoniluréias e Insulina (Guedes, Carrado, Godoy-Matos & Lopes, 2005).

Esta doença é assim presentemente um dos maiores problemas de saúde das sociedades ocidentais, principalmente na Europa e Estados Unidos da América, associando-se a um aumento da prevalência da diabetes¹⁻³, hipertensão, dislipidémia, hiperuricémia, litíase da vesícula, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais, osteoartrite e cancro do endométrio (Silva et al, 2006; Kluther & Schubert, 1985). O excesso de peso agrava também algumas doenças crónicas como a asma, hipertensão e dislipidémiam, doença cardiovascular, doença respiratória e alguns cancros (Silva et al., 2006).

Para além dos desequilíbrios bioquímicos e das doenças físicas, a sintomatologia e as perturbações psicológicas bem como as dificuldades ao nível da adaptação social têm contribuído significativamente para a manifestação da obesidade (Odgen, 2000).

Assim, segundo um estudo realizado no Sahlgrenska Hospital da Universidade de Goteborg, na Suécia, constatou-se de um modo geral, que os obesos apresentavam um estado de saúde debilitado e uma diminuição do bom humor comparativamente com indivíduos normativos, sendo estas perturbações mais graves nas mulheres do que nos homens (Karlsson, Sjostrom & Sullivan, 1993; Silva et al. 2006).

Provavelmente devido ao facto de sentirem a discriminação e os preconceitos na sua vida académica, social e profissional de forma clara e directa desenvolvem mais facilmente problemas clínicos e psiquiátricos tais como depressão (Goldsmith, Anger-Friedfeld, Beren, Boeck & Aronne, 1992; Maddi, Khoshaba, Persico, Bleecker & VanArsdall, 1997 *cit in* Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002), transtornos ansiosos (incluindo agorafobia, fobia simples e transtorno de stress pós-traumático), transtorno de personalidade borderline, abuso de álcool, drogas, tabaco e transtornos alimentares (bulimia) (Cordas & Ascencio, 2006; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002).

Assim a nível psicológico a alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso poderá levar a uma desvalorização da auto-imagem e do auto-conceito, no obeso, diminuindo a sua auto-estima e auto-confiança (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005). Em consequência disto, poderão surgir sintomas depressivos (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005) e ansiosos, uma diminuição da sensação de bem-estar e um aumento da sensação de inadequação social, com uma consequente degradação da performance relacional (Brownell & Wadden, 1992 *cit in* Silva *et al.*, 2006).

No enquadramento social das sociedades actuais e modernas, a beleza física é muito valorizada e surge intimamente ligada a um ideal de corpo magro, firme e esbelto (Silva *et al.* 2006; Felipe & Santos, 2004; Cordas & Ascencio, 2006). Tal panorama

produz no obeso, uma pressão social incómoda e uma sensação de inadequação e sentimentos de menos valia perante os padrões sociais vigentes, que poderá provocar dificuldades relacionais e, muitas vezes, um evitamento do contacto social e da realização de algumas tarefas quotidianas indispensáveis (Silva *et al.*, 2006; Felipe & Santos, 2004; Cordas & Ascencio, 2006). Esta sensação de inadequação acompanhada de sentimentos de menos valia e de uma fuga ao social, veiculada pelo isolamento, está muitas vezes na origem de dificuldades relacionais, quer de carácter sócio-profissional, quer de carácter familiar (Silva *et al.* 2006; Felipe & Santos, 2004; Cordas & Ascencio, 2006).

Um Estudo que teve como instrumento base o desenho da figura humana sugere que esta população tem tendência a distorcer o seu tamanho corporal, a serem mais insatisfeitas, preocupadas com sua aparência pessoal bem como apresentarem falta de confiança em si mesmas e dificuldades em expressar de forma simbólica a sua imagem corporal (Cordas & Ascencio, 2006; Almeida, Loureiro & Santos, 2002), estando assim, frequentemente, a comprometer os três componentes da imagem corporal: percepção, pensamento – afecto e o comportamento (Cordas & Ascencio, 2006).

Por fim foram também verificadas dificuldades ao nível da inserção no ambiente, e uma necessidade de autonomia que refuta a presença de sentimentos ambivalentes, estes relacionados com o facto de se considerarem inadequadas para alcançar a sua independência pessoal (Almeida, Loureiro & Santos, 2002).

Em Portugal, estima-se que 13,8% da população adulta apresenta obesidade (índice de massa corporal (IMC = kg/m²) ≥ 30), enquanto 52,4% manifestam excesso de peso (IMC ≥ 25) (Nobre, Macedo & Castro, 2003). Por sua vez e segundo os mesmos autores, na Europa, a prevalência da obesidade chega a afectar, em alguns países, 25% da população adulta enquanto nos EUA os valores são ainda mais elevados.

O aumento das taxas de obesidade é traduzido com o aumento nos custos para o sistema de saúde devido a uma maior necessidade de atendimento especializado e à incapacitação do doente (Pereira & Mateus, 2003).

Vários autores têm referido que a obesidade acarreta elevados custos económicos para a comunidade (Pereira & Mateus, 2003). Em Portugal, o custo directo da obesidade foi estimado em 297 milhões de euros no ano de 2002, o que representa 2,5% da despesa total em saúde (Pereira & Mateus, 2003). Os custos indirectos foram estimados, no mesmo ano, em 199,8 milhões de euros (Pereira & Mateus, 2003). A mortalidade prematura contribuiu com 58,4% deste valor e a morbilidade com 41,6% (Pereira & Mateus, 2003). Os resultados indicam nos de que seria possível conceber poupanças nos serviços de saúde e ganhos na produtividade para a economia nacional

usando estratégias eficazes de prevenção ou redução da obesidade (Pereira & Mateus, 2003).

O reconhecimento da obesidade como problema de saúde pública fez com que o Ministério da Saúde coloca-se em prática uma série de iniciativas nesta área, tais como o Programa Nacional de Combate à Obesidade, criado em 2005 e integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, e a Plataforma contra a Obesidade, criada em 2007 a qual integra representantes de diversos ministérios, do governo local e da sociedade civil (Pereira & Mateus, 2003).

De acordo com os dados apresentados, a prevenção da obesidade e do excesso de peso deverão ser um objectivo fundamental nas políticas de saúde, nomeadamente nas estratégias de prevenção e educação para a saúde (Nobre, Macedo & Castro, 2004).

No que se refere ao tratamento desta patologia destacamos a mudança dos hábitos alimentares, a medicação, a dieta, a actividade física ou mesmo a cirurgia (Pollock & Wilmore, 1993). Contudo, o sucesso da terapêutica é frequentemente limitado e transitório, pelo que a prevenção é o meio mais eficaz de controlar esta verdadeira epidemia (Coelho, Laranjo, Monteiro, Bragança & Carreiro, 2008).

Conclui-se desta forma que as normas gerais do tratamento do obeso devem apresentar as seguintes condições: a) uma dieta equilibrada, que propicie o crescimento adequado e a manutenção do peso, com uma conseqüente redução dos índices de massa corporal, sendo de fácil utilização, baixo custo e possível de ser mantida por períodos extremamente longos; b) exercícios físicos controlados, com actividades variadas, associando programas anaeróbios, recreativos, que geram bons resultados na perda de peso, manutenção da massa magra e modificação da massa gorda, com aeróbicos, que preservam a capacidade cardiovascular; e c) apoio emocional, individual e familiar (Fisberg, 2006).

1.2 Depressão

“A depressão consiste num período de funcionamento comprometido associado a um humor deprimido e sintomas correlatos, incluindo alterações no sono e apetite, alterações psicomotoras, comprometimento da concentração, anedonia, fadiga, sensações de falta de esperanças, impotência e pensamentos suicidas”.

(Kaplan & Sadock, 1995)

No que concerne à distribuição das patologias psiquiátricas pela população mundial, os estudos internacionais, desde os mais clássicos aos mais contemporâneos, são unânimes em afirmar que “de entre o conjunto das perturbações mentais, as perturbações do humor são consideradas como as mais prevalentes, seja qual for a parte do globo considerada” (Ramalheira, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão ocupa o segundo lugar das doenças mentais mais prevalentes na clínica médica mundial, estimando-se que 121 milhões de pessoas possam sofrer de depressão num dado momento (Ramalheira, 2003).

Em Portugal, calcula-se que, por ano, mais de 100 mil pessoas possam sofrer desta doença (valores relativos apenas à Depressão Major) (Paykel, 1991). Diversos estudos apontam para uma prevalência média deste quadro clínico, na população geral, à volta dos 5%, com uma distribuição por sexos de 3% nos homens e de 6% nas mulheres (Paykel, 1991). A prevalência pontual da Distímia, em adultos de amostras da comunidade, é ligeiramente menor, situando-se por volta dos 3% (APA, 2002). Se nos focarmos apenas na presença de sintomas depressivos, a prevalência na população geral ascende de 13 a 23% (Boyd & Weissman, 1982, in Vaz-Serra, 1990).

Em Inglaterra, estima-se que uma em cada mil pessoas, da população geral, seja internada anualmente por depressão e que três em cada mil sejam atendidas por um psiquiatra, devido a esta doença (Paykel, 1991). Pensa-se que o número de doentes atendidos em regime ambulatorio tenha vindo a aumentar (Paykel, 1991). Estes dados são preocupantes, uma vez que se trata de uma doença que afecta a capacidade do funcionamento adequado, além de trazer riscos para a saúde física e, em 15% dos casos, risco de morte (Montgomery, 1995).

A comunidade científica suíça e norte-americana é unânime em considerar que apenas um terço dos indivíduos, que sofrem claramente da doença depressiva, consulta um médico e, em 80% dos casos, procuram um médico de clínica geral (Montgomery, 1995). Por outro lado, nem todos estes doentes manifestam queixas do seu estado

depressivo, preferindo, muitas vezes, manifestar outras queixas associadas, que dissimulam o quadro clínico depressivo, conduzindo a avaliações incompletas e, como consequência, a diagnósticos errados (Montgomery, 1995).

Deste modo, em 1981 os autores Boyd e Weissman (1982) indicaram uma probabilidade da população geral desenvolver uma depressão ao longo da vida de 8 a 12% nos homens e de 20 a 26% nas mulheres, encontrando-se efectivamente uma proporção da sua prevalência, entre homens e mulheres, de 1 para 2, respectivamente.

Efectivamente, a incidência da depressão também é bastante significativa (Silva, 1993). Em 1993, estimava-se uma incidência anual da Depressão Major, na população mundial de 1% (Silva, 1993). Passados dez anos a literatura aponta para uma duplicação deste valor, ou seja, a taxa de incidência a nível mundial da Depressão Major andarà em torno de 2,1 novos casos por cada 100 habitantes, com mais de 15 anos de idade (Ramalheira, 2003). Tendo a incidência desta patologia aumentado significativamente no último século devido às profundas mudanças sócio-demográficas da nossa sociedade (Ramalheira, 2003).

No que se refere à faixa etária, trata-se de uma patologia que atinge todas as faixas etárias, desde a infância até à 3ª idade (Amaral, 1997). Por sua vez, na distribuição por género há quem considere que a relação é de 1:2 na prevalência, entre homens e mulheres e que tende a diminuir na adolescência e em idades superiores a 50 anos (Amaral, 1997; Firmino *et al.*, 1990). Sendo que há um risco acrescido para as mulheres, em relação aos homens, ao longo de todo ciclo de vida (Ramalheira, 2003).

Deste modo, e segundo Vaz Serra (2003) a “depressão, quando se desenvolve, *afecta a pessoa no seu todo*. Tem repercussões psicológicas, biológicas e sociais sobre o indivíduo” (Vaz Serra, 2003). De seguida passamos a apresentar exaustivamente um conjunto de sinais e sintomas que os doentes deprimidos habitualmente apresentam e de que se queixam (Vaz Serra, 2003). No que se refere às características nucleares da depressão, a maioria dos autores é consensual em considerar a tristeza como o seu sintoma mais comum (Montgomery, 1995). O deprimido sente-se triste, sem alegria de viver, mostrando-se com frequência aborrecido, irritado, com vontade de chorar, com uma sintonização selectiva para acontecimentos negativos e fraca capacidade de irradiação afectiva (Montgomery, 1995). Mostra uma intolerância face à frustração, uma incapacidade de tomar decisões e dificuldade em suportar barulhos (Vaz Serra, 2003). Por outro lado, há autores que consideram que o defeito nuclear na depressão é uma atrofia central do desejo (Pelicier, 1993). Outros referem que além de humor deprimido e de perda de interesse, de desejo ou de prazer (anedonia), temos uma diminuição da auto-estima e perda de autoconfiança, acompanhadas por sentimentos de culpa; perda de perspectivas quanto ao futuro; sentimentos de desespero; pensamentos sobre a morte

ou ideação suicida; perda da capacidade de concentração; lentificação ou agitação psicomotora; perda de energia ou fadiga; perda de apetite; diminuição da libido e insónia (Helmchen, 1993). Para além das características supramencionadas, podemos ainda destacar outras que, sendo menos típicas, descrevem outra face desta condição clínica, ou seja, a depressão atípica ou mascarada (Vaz Serra, 2003). Na depressão atípica ou mascarada, encontramos pessoas deprimidas com hiperfagia, hipersónia e várias queixas somáticas, como por exemplo, cefaleias ou outras dores, o que contribui em larga escala para o subdiagnóstico da depressão e a consequente ausência de um tratamento apropriado (Vaz Serra, 2003). No que concerne aos aspectos sociais afectado na vida do doente deprimido, destacamos a dificuldade em estabelecer e manter um relacionamento interpessoal adequado; isolamento social, mudança radical na qualidade das relações e absentismo escolar ou profissional, o que contribui para uma perda generalizada da qualidade de vida (Vaz Serra, 2003). No quadro 1 serão apresentados os factores de risco para a manifestação de um quadro clínico depressivo, segundo Russel (1997).

Quadro 1: Factores de Risco da Depressão

<p>Factores de risco da depressão:</p> <ul style="list-style-type: none">- Episódios anteriores de depressão;- Tentativas de suicídio no passado;<ul style="list-style-type: none">- Idade < 40 anos;- Co-morbilidade médica;- Acontecimentos stressantes na vida do doente;- História familiar de perturbações depressivas;<ul style="list-style-type: none">- Sexo feminino;- Falta de apoio social;- Consumo actual de substâncias de abuso.
--

Fonte: Russel (1997).

Segundo a teoria cognitiva da depressão de Aaron Beck assente no modelo do processamento da informação, a forma como um indivíduo interpreta um acontecimento determina o modo como lhe vai responder (Beck *et al.*, 1979).

Assim, o processo cognitivo envolvido nessa interpretação pertence a um grupo mais amplo de processos cognitivos, através dos quais cada pessoa estrutura, mentalmente, o mundo (Beck *et al.*, 1979). Beck *et al.* (1979) referem que existem três

processos cognitivos específicos para explicar a etiologia da doença depressiva: a tríade cognitiva, os erros cognitivos e os esquemas cognitivos depressivogénicos.

Por conseguinte, a tríade cognitiva do deprimido refere-se à visão negativa que ele tem de si próprio, do mundo e do futuro, sendo a primeira o elemento mais importante que antecede e influencia os outros dois (Rush & Giles, 1982, *cit in* Vaz Serra, 1989).

Por sua vez, os erros cognitivos ou erros lógicos reportam-se aos pensamentos automáticos, involuntários, que representam um processamento da informação distorcida ou enviesada (Beck, 1963). Passaremos, assim a enumerar os erros dos processos cognitivos: pensamento negativo ou focagem negativa selectiva, abstracção selectiva, inferência arbitrária, sobregeneralização, magnificação e minimização, personalização, pensamento dicotómico, raciocínio emocional e má rotulação de si próprio (Beck, 1963). Qualquer um deles pode ser responsável pela origem e manutenção de um quadro clínico depressivo (Beck, 1963 *cit in* Backs & Dobson, 2000).

Finalmente, os esquemas cognitivos são estruturas mentais através das quais o indivíduo analisa, codifica e avalia os estímulos do meio ambiente, de forma padronizada e consistente, formando categorias e interpretações estáveis e coerentes, da sua experiência (Beck, 1963). Por sua vez, os esquemas cognitivos depressivogénicos constituem padrões de pensamento negativo utilizados na forma como o deprimido “lê” o mundo (Beck, 1963).

Contudo, uma limitação deste modelo na explicação do quadro depressivo, refere-se ao facto de que, apesar das cognições influenciarem o estado de humor, isso não implica que o pensamento negativo, por si só, cause depressão (Hawton *et al.*, 1989). Cerca de vinte anos depois de Aaron Beck ter publicado os princípios da teoria cognitiva da depressão, o autor reconhece que o modelo original é insuficiente para tomar em consideração todas as recentes descobertas e precisa de ser expandido (Beck, 1987).

Partindo dos trabalhos de Coyne e Gotlib (1983) e de Krantz (1985), Beck propõe seis novos modelos descritivos da depressão, que derivam de diferentes pontos de vista e/ou níveis de análise: o modelo transversal, o modelo estrutural, o modelo de vulnerabilidade a stressores, o modelo de interacção recíproca, o modelo psicobiológico e o modelo evolucionário (Beck, 1987).

O primeiro estabelece que o conteúdo cognitivo negativo é parte integrante da sintomatologia depressiva, ou seja, é um sintoma, como também o são a tristeza ou a perda de energia (Beck, 1987). Assim, o mesmo autor considera que o negativismo impregna o conteúdo do pensamento do doente deprimido, sendo aquele um sintoma necessário, mas não o suficiente para o diagnóstico da depressão.

O modelo estrutural determina que certos esquemas negativos enviesados tornam-se sobrevalorizados na depressão e conduzem os processos cognitivos para

produzir um enviesamento sistemático na abstracção da informação, na interpretação e na memória de curto e longo prazo (Beck, 1987).

O terceiro modelo defende que determinados padrões dos esquemas tornam a pessoa especificamente vulnerável a certos indutores de stress (Beck, 1987). Sendo a vulnerabilidade cognitiva considerada um constituinte intrínseco da personalidade do indivíduo (Beck, 1987). Os vários modelos são unânimes em considerar que a depressão surge quando um acontecimento de vida indutor de stress interage com o conteúdo da vulnerabilidade cognitiva de cada pessoa (Beck, 1987). As dimensões de personalidade que tornam o indivíduo susceptível aos acontecimentos de vida são a auto-estima, a sociotropia/autonomia e a dependência/autocriticismo (Beck, 1983; Rush & Giles, 1982; Vaz Serra *et al.*, 1985). No que respeita à tríade cognitiva e, concretamente, à visão negativa do próprio, Beck (1983) refere correlações negativas entre a sintomatologia depressiva e o auto conceito, ou seja, encontra-se um juízo negativo de si próprio na maioria dos deprimidos. A auto-estima assume um papel de relevo na vulnerabilidade cognitiva a acontecimentos de vida negativos (Beck, 1983). A sociotropia e a autonomia, como factores de vulnerabilidade da personalidade cognitiva, constituem o quarto processo cognitivo envolvido na depressão, a par da tríade cognitiva, dos erros lógicos e dos esquemas cognitivos (Beck, 1983). As dimensões são, assim, características da personalidade e constituem dois pólos de um *continuum* (Beck, 1983). Num extremo, a sociotropia é representada por indivíduos que atribuem grande valor às relações interpessoais, julgando-se a si próprios em função do afecto e da aceitação manifestada pelos outros (Beck, 1983). Há um predomínio da necessidade de aceitação, de suporte social, de intimidade, compreensão, prestígio e estatuto social, sendo sensíveis a acontecimentos de vida que ameacem a satisfação destas necessidades (Beck, 1983). No outro extremo encontramos a autonomia, que é representada por pessoas com tendência a investir na sua independência, liberdade de acção, privacidade, direitos pessoais e autodeterminação (Beck, 1983). Estes indivíduos são especialmente sensíveis a acontecimentos de vida que se contraponham à sua expressão pessoal, aos seus projectos ou que comprometam a sua capacidade física (Beck, 1983). Por fim, a dependência e o autocriticismo refere-se a sujeitos com características de personalidade dependentes que deprimem perante situações de rejeição interpessoal e a pessoas autocríticas, face ao fracasso (Koenstner, Zuroff & Powers, 1991 *cit in* Amaral, 1997). Segundo os mesmos autores as experiências precoces da infância estão envolvidas no desenvolvimento da personalidade e, por isso, no crescimento da vulnerabilidade cognitiva, e as experiências excessivas ou repetidas de restrição ou rejeição, por parte dos progenitores, conduziram a personalidades autocríticas, responsáveis por problemas afectivos na idade adulta.

O modelo de interacção recíproca menciona que a interacção com pessoas significativas é particularmente relevante para a predisposição, precipitação, manutenção, agravamento e recaída da depressão (Beck, 1987). Por outro lado, o modelo psicobiológico integra os aspectos genéticos, neuroquímicos, fisiológicos, psicológicos, afectivos e comportamentais da depressão, considerando “os processos cognitivos e os processos biológicos como duas faces da mesma moeda” (Beck, 1987).

O último modelo proposto por Beck assenta na constatação de que a depressão é uma resposta paradoxal à natureza humana (Beck, 1987). E o Homem vive sob a influência da doutrina hedonista da busca do prazer e da fuga à dor (Beck, 1987). Sendo suposto que procure situações e actividades geradoras de satisfação e evite as que lhe causam incómodo ou sofrimento, ideia que o deprimido parece contrariar (Beck, 1987). Por outro lado, em termos evolucionários, esperamos que o comportamento dos indivíduos se desenvolva no sentido da preservação da espécie, vivendo saudavelmente, prolongando as suas vidas e gerando novas gerações, o que se encontra em desacordo com o comportamento suicidário, tão comum entre os doentes deprimidos (Beck, 1987).

Outros aspectos que revestem o quadro depressivo, e que entram em contradição com o natural instinto de sobrevivência do ser humano, relacionam-se com as alterações na satisfação das necessidades básicas como o sono ou o apetite (Beck, 1987).

Por sua vez, o “instinto parental”, o “instinto de grupo” e o “instinto sexual” constituem também comportamentos conducentes a um bom desenvolvimento, contudo, mais uma vez, estão comprometidos durante os estados depressivos (Beck, 1987). Perante tudo o que foi supramencionado, o modelo evolucionário preconiza que a depressão representa uma estratégia atávica do Homem, e que pode ter tido um importante valor na sobrevivência pré-histórica, contudo tornou-se mal adaptativa no meio actual (Beck, 1987).

1.3 Auto-Estima e Auto-Conceito

A Auto-estima e o auto-conceito são dois constructos que se correlacionam, e que não têm um modelo teórico de referência que apresente uma definição clara e concisa acerca destes dois conceitos (Fleming & Courtney, 1984; Fox, 1998). Daí a grande dificuldade de os operacionalizar e de os medir com precisão, bem como de muitas vezes serem utilizados de forma indiferenciada (Fleming & Courtney, 1984; Fox, 1998). Todavia sabemos que ambos são indicadores críticos do ajustamento à vida e ao bem-estar emocional, intervindo nas diferentes formas de manifestação de um indivíduo (Marsh & Jackson, 1986; Marsh, Richards & Barnes, 1986; Shavelson *et al.*, 1976).

Efectivamente, a auto-estima e o auto-conceito influenciam o modo como os indivíduos estão motivados, persistem, alcançam e atingem os níveis de sucesso desejados nas diversas áreas da sua actividade (Fontaine, 1991; Weiss, 1987).

Weiss (1987) descreve o auto-conceito como descrições, ou etiquetas, que um indivíduo concede a si mesmo, referentes a qualidades físicas, emocionais ou características do comportamento.

Por sua vez, para Arndt (1974), o auto-conceito é a percepção e concepção de uma pessoa a respeito de si própria. Estas percepções são formadas através das experiências com pessoas significativas e com as atribuições do seu próprio comportamento (Arndt, 1974). Byrne (1984) refere, assim que é a percepção de nós próprios abrangendo as nossas atitudes, sentimentos, sensações e conhecimentos sobre as nossas habilidades, capacidades, competências, aparência e aceitação social.

James e Vaz Serra (1986) defendem assim a existência de três tipos de auto-conceito distintos: a) auto-conceito real, a forma como uma pessoa se percebe e se avalia tal como é na realidade; b) auto-conceito ideal, aquilo a que a pessoa aspira, sente que deveria, ou gostaria, de ser; e c) auto-conceito aspirado que representa aquilo que uma pessoa aspira, com uma percepção mais realista e ligada à situação das aspirações da própria pessoa.

Por sua vez, as percepções e avaliações das situações específicas são influências que se vão progressivamente organizando, podendo também falar-se em auto-conceito hierarquizado (Shavelson & Bolus, 1982). Num sentido mais abrangente, o auto-conceito global apresenta-se como estável, diminuindo essa estabilidade à medida que vai descendo na hierarquia (Shavelson & Bolus, 1982). Paralelamente ao fenómeno de socialização que vai evoluindo desde a infância até à idade adulta, também o auto-conceito com a evolução do desenvolvimento humano se vai tornando cada vez mais multifacetado (Shavelson & Bolus, 1982).

Assim, para Shavelson e Bolus (1982) o auto-conceito possui múltiplas facetas, sendo estável, avaliativo, diferenciável, e tem capacidade para se desenvolver e se organizar hierarquicamente.

Vaz Serra (1988) menciona que existem quatro tipos de influências que determinam o desenvolvimento do auto-conceito. Sendo elas a forma como os outros observam um indivíduo e o conseqüente *feedback* que lhe transmitem; a percepção que o indivíduo tem do seu desempenho nas várias situações; a comparação que faz do seu comportamento numa dada situação com a dos seus pares sociais; e a avaliação que faz de um determinado comportamento relativamente aos valores aceites pelo seu grupo de referência (Vaz Serra, 1988).

O mesmo autor acrescenta ainda, que o auto-conceito elucida-nos sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com as áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; possibilita-nos perceber aspectos do autocontrolo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento; e possibilita, ainda, compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

Vaz Serra (1988) refere que o constructo do auto-conceito é constituído pela auto-estima, auto-imagens, auto-eficácia, identidades, auto-conceito real e o auto-conceito ideal.

Segundo Mischel (1977), a auto-eficácia refere-se às auto-percepções que o indivíduo acredita e na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com efectividade e êxito, levando, assim, a conseqüências desejadas.

Segundo Vaz Serra (1988) outro constituinte do auto-conceito é a identidade, que na opinião deste autor, se pode afirmar que qualquer pessoa pode ter, dentro de si, várias identidades, aquela à qual dedicar mais tempo e atenção é a que se encontra na posição hierárquica mais elevada.

Referindo-nos, agora, aos restantes constituintes do auto-conceito, para o mesmo autor, o auto-conceito real corresponde à maneira como um indivíduo se considera, percebe e se avalia, tal como é, na realidade, enquanto que o auto-conceito ideal refere-se à maneira como uma pessoa sente que deveria ou gostaria de ser e não como se percebe ou avalia na realidade.

Neste âmbito, Vaz Serra (1988) salienta que é importante considerarmos a diferença entre o auto-conceito real e o auto-conceito ideal, com vista à obtenção de dados de auto-aceitação do indivíduo. Por outro lado, esta discriminação é ainda importante porque se admita que o auto-conceito ideal representa as qualidades humanas que são valorizadas pelo meio sócio-cultural (Vaz Serra 1988). Para este autor,

uma diferença pequena poderá ser um bom indicador de que o indivíduo se aceita como é, traduzindo-se tal facto por uma maior aceitação e ajustamento pessoal.

Para Vaz Serra (1988), a auto-estima é um dos constituintes do auto-conceito mais importantes e com grande impacto na prática clínica. Acrescenta, ainda, que este conceito é entendido como o processo avaliativo que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos (Vaz Serra, 1988). É, segundo este autor, o constituinte efectivo do auto-conceito, em que o indivíduo faz julgamentos qualitativos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos do "bom" e do "mau".

Vaz Serra (1988) e Weiss (1987) consideram que a auto-estima é uma aspecto do auto-conceito, considerando o auto-conceito como um constructo mais abrangente, que está relacionado com a percepção que o indivíduo tem de si próprio, e com as bases adjacentes à avaliação que efectua do seu próprio comportamento. Os mesmos autores referem que, entre os constituintes intrínsecos do auto-conceito, se destaca a auto-estima, e que esta provém dos processos de avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos. Nesta perspectiva, auto-estima é a avaliação que o indivíduo faz das suas capacidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral, podendo ser conceptualizada como a componente avaliativa do auto-conceito que inclui aspectos cognitivos e comportamentais, assim como sociais e afectivos (Vaz Serra, 1988; Weiss, 1987).

Por sua vez, Coopersmith (1967) define a auto-estima como o julgamento pessoal que cada indivíduo faz das suas próprias capacidades, significação, sucesso e valorização que transporta para os outros em palavras e acções.

Níveis baixos de auto-estima podem conduzir a patologias diversas, comprometendo a qualidade de vida, além de interferir nos níveis de satisfação com a vida (Alfermann & Stoll, 2000).

Fox (1998) é um dos autores que distingue claramente a auto-estima do auto-conceito. Para este autor, quando um indivíduo produz afirmações de identidade do tipo “sou professor” ou “sou alto”, está a utilizar uma capacidade descritiva e, como tal, refere-se ao domínio do auto-conceito. Desta forma, o auto-conceito refere-se à auto-descrição de uma pessoa, à auto-descrição de competências, atributos, traços e de papéis desempenhados na vida (Fox, 1998). Por outro lado, quando um indivíduo produz afirmações como “sou o melhor cozinheiro lá de casa”, refere-se à auto-estima, entendida como a avaliação do *self* (Fox, 1998).

1.4 Sintomas Psicopatológicos

As manifestações psicopatológicas podem ser classificadas de diversas formas, contudo as que serão descritas no presente trabalho relacionam-se com a etiologia, podendo assim ser orgânicas ou psicológicas.

Deste modo, Derogatis (1994) refere no manual da SCL-90, que as nove dimensões primárias dos sintomas psicopatológicos são as que passaremos a descrever.

A somatização (S) reflecte os distúrbios que aparecem da percepção da disfunção corporal (Derogatis, 1994). As queixas localizam-se nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal e respiratório (Derogatis, 1994).

Por sua vez a obsessividade compulsividade (OC) focaliza-se em pensamentos, impulsos e acções que são experienciados como repetitivos e irresistíveis sendo de natureza indesejável (Derogatis, 1994). Os comportamentos e experiências de carácter cognitivo que indiquem dificuldades nesta área estão aqui implicados, como por exemplo as dificuldades de concentração (Derogatis, 1994).

A sensibilidade interpessoal (SI) está focalizada nos sentimentos de inadequação e inferioridade, especialmente na comparação com as outras pessoas (Derogatis, 1994). Auto depreciação, falta de auto confiança, grande desconforto durante interacções interpessoais, são as manifestações características desta síndrome (Derogatis, 1994). Efectivamente, os indivíduos com alta pontuação na sensibilidade interpessoal relatam auto consciência aguda e expectativas negativas sobre os comportamentos e as percepções interpessoais com os outros e de si mesmo (Derogatis, 1994).

A Depressão (D) traduz-se em sinais de retraimento, de baixo interesse na vida, falta de motivação e falta de energia vital (Derogatis, 1994). Além disso, engloba sentimentos de derrota, pensamentos suicidas, e outros correlatos cognitivos e somáticos da depressão (Derogatis, 1994).

No que se refere à ansiedade (AN) destacamos os sinais gerais da mesma, ou seja, o nervosismo, tensão e tremor estão incluídos na definição, assim como ataques de pânico, sentimentos de terror, de apreensão e de medo (Derogatis, 1994). Alguns correlatos somáticos da ansiedade estão incluídos também como componentes desta dimensão (Derogatis, 1994).

A hostilidade (H) reflecte pensamentos, sentimentos ou acções que são características da afectividade negativa do estado de raiva (Derogatis, 1994). A selecção desses itens inclui todos os três modos de expressão e reflecte qualidades como agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento (Derogatis, 1994).

A ansiedade fóbica (AF) é definida como uma resposta persistente de medo dirigida a uma pessoa específica, lugar, objecto ou situação, que é irracional e desproporcional ao estímulo levando a comportamentos de fuga (Derogatis, 1994). Os itens dessa dimensão estão focalizados nas manifestações de comportamentos fóbicos mais disruptivos e patogénicos (Derogatis, 1994). Ansiedade fóbica é uma definição similar de “agorafobia” (Derogatis, 1994).

Por outro lado, as ideias Paranóides (IP) são representadas fundamentalmente por comportamentos paranóides como um modo desordenado do pensamento (Derogatis, 1994). As características cardinais do pensamento projectivo, hostilidade, desconfiança, grandiosidade, centralidade, medo de perder a autonomia e desilusão são considerados os sinais primários desta ordem (Derogatis, 1994).

Por fim temos o psicoticismo (P) que foi designado para representar o constructo como uma dimensão contínua da experiência humana (Derogatis, 1994). Os itens indicados de afastamento, isolamento, estilo de vida esquizóide, foram incluídos como sendo o primeiro grau de sintomas da esquizofrenia, tais como as alucinações e pensamentos controlados por delírios (Derogatis, 1994).

CAPITULO 2 – METODOLOGIA DO ESTUDO:

2.1 Amostra

2.2 Objectivo do Estudo

2.3 Formulação das Hipóteses

2.4 Variáveis

2.5 Caracterização dos Instrumentos

2.6 Descrição dos Procedimentos

CAPITULO 2 – METODOLOGIA DO ESTUDO

Domingos (1987) refere que a metodologia tem por fim "fornecer um plano geral que nos permita seguir o melhor caminho, a via mais adequada para a consecução dos nossos objectivos e concretização do nosso estudo", dependendo dela o êxito ou o fracasso de todo um trabalho.

2.1 Caracterização da amostra

Quando pretendemos recolher informação sobre um ou mais aspectos de um grupo torna-se necessário seleccionar a população a estudar (Polit & Hungler, 1995).

Segundo Polit e Hungler (1995), "uma população é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios". Entendendo-se por amostra "um subconjunto de entidades que compõem a população" (Polit & Hungler, 1995).

Deste modo, o presente estudo foi constituído por uma amostra por conveniência, com 64 (100%) sujeitos de nacionalidade portuguesa, sendo 32 (50%) mulheres obesas utentes de uma unidade de saúde a usufruir de apoio psicoterapêutico emparelhadas por idade (± 3 anos) e escolaridade (± 3 anos) com 32 (50%) mulheres normativas escolhidas aleatoriamente.

Relativamente à sua caracterização sócio-demográfica, apresentada no quadro 2, constata-se que os 64 sujeitos são do género feminino, com uma média de idades de 38,94 anos nas mulheres obesas e de 38,84 anos nas mulheres normativas.

Dos 32 sujeitos obesos, 25% (N=8) encontram-se a trabalhar na indústria, 12,5% (N=4) a trabalhar nos serviços, 43,8% (N=14) são domésticas e 18,8% (N=6) estão desempregadas. No que respeita aos sujeitos normativos, das 32 mulheres, constatamos que 15,6% (N=5) trabalham na indústria, 12,5% (N=4) no comércio, 62,5% (N=20) nos serviços e 9,4% (N=3) são domésticas.

Quadro 2: Características sócio-demográficas da amostra.

Amostra (%)		
	Mulheres Obesas	50 % (N=32)
	Mulheres Normativas	50 % (N=32)
	Total	100 % (N=64)
Idade (M e DP)		
	Mulheres Obesas	38,94 (M) 9,357 (DP)
	Mulheres Normativas	38,84 (M) 9,056 (DP)
Situação Laboral (%)		
	Mulheres Obesas	Mulheres Normativas
Indústria	25% (N = 8)	15,6% (N = 5)
Comércio	0% (N = 0)	12,5% (N= 4)
Serviços	12,5% (N = 4)	62,5% (N = 20)
Doméstica	43,8% (N= 14)	9,4% (N = 3)
Desempregada	18,8% (N= 6)	0% (N=0)
Estado Civil (%)		
	Mulheres Obesas	Mulheres Normativas
Casada/União de Facto	87,5% (N = 28)	62,5% (N = 20)
Solteira	6,2% (N = 2)	25% (N = 8)
Separada/Divorciada	3,1% (N = 1)	9,4% (N = 3)
Viúva	3,1% (N = 1)	3,1% (N = 1)
Escolaridade (%)		
	Mulheres Obesas	Mulheres Normativas
1º Ciclo do Ensino Básico	18,8% (N = 6)	0% (N = 0)
2º Ciclo do Ensino Básico	40,6% (N = 13)	21,9% (N = 7)
3º Ciclo do Ensino Básico	25% (N = 8)	46,9% (N = 15)
Ensino Secundário	12,5% (N = 4)	28,1% (N = 9)
Ensino Superior	3,1% (N = 1)	3,1% (N = 1)
Nacionalidade (%)		
	Mulheres Obesas	Mulheres Normativas
Portuguesa	100% (N = 32)	100% (N = 32)
Outra	0% (N = 0)	0% (N = 0)

No que respeita ao estado civil, nas mulheres obesas constatamos que a maioria (87,5%, N=28) são casadas ou vivem em união de facto, 6,2% (N=2) são solteiras e 6,2% (N=2) são separadas/divorciadas e viúvas, com metade da percentagem para cada estado civil. Por sua vez, nas mulheres normativas, o mesmo acontece, ou seja, a maioria também é casada ou vive em união de facto (62,5%, N=20), sendo 25% (N=8) solteiras, 9,4% (N=3) separadas/divorciadas e apenas 3,1% (N=1) são viúvas.

Relativamente ao nível de escolaridade da amostra, a maioria das mulheres obesas (40,6%, N=13) têm o 2º ciclo do ensino básico, 25% (N=8) o 3º ciclo do ensino básico, 18,8% (N=6), o 1º ciclo do ensino básico, 12,5% (N=4) o ensino secundário e apenas 3,1% (N=1) o ensino superior. Enquanto que as mulheres normativas a maioria (46,9%, N=15) possui o 3º ciclo do ensino básico, 28,1% (N=9) o ensino secundário, 21,9% (N=7) o 2º ciclo do ensino básico e somente 3,1% (N=1) tem o ensino superior. Nas mulheres normativas não há nenhuma que tenha apenas o 1º ciclo do ensino básico.

Na nacionalidade apuramos que os 64 (100%) sujeitos são todos de nacionalidade portuguesa.

Analisando os resultados respeitantes às características específicas da população da amostra, constatamos que no se refere ao número de filhos as mulheres obesas apresentam uma média de 1,69 filhos enquanto que as mulheres normativas apresentam uma média de 1,59 filhos. Por sua vez, em relação ao peso apuramos que existe uma diferença de aproximadamente 30 quilos entre ambas as populações, sendo a média das mulheres obesas de 92,91 kg e a das mulheres normativas de 61,41 kg, que se distribuem por uma altura média de 1,59 cm nas mulheres obesas e de 1,62 cm nas mulheres normativas.

Quadro 3: Características específicas de ambas as populações

Altura (Média)	Mulheres Obesas	1,59 cm (M) 0,07 (DP)
	Mulheres Normativas	1,62 cm (M) 0,06 (DP)
Peso (Média)	Mulheres Obesas	92,91 kg (M) 17,62 (DP)
	Mulheres Normativas	61,41 kg (M) 6,56 (DP)
Número de Filhos (Média)	Mulheres Obesas	1,69 (M) 1,06 (DP)
	Mulheres Normativas	1,59 (M) 1,19 (DP)

Como critério de inclusão na amostra estabelecemos que a população obesa como a normativa não poderiam apresentar doença física ou psiquiátrica.

2.2 Objectivo do Estudo

Como podemos perceber na contextualização teórica desta investigação a obesidade acarreta consigo inúmeros sintomas psiquiátricos tais como a depressão, baixa auto-estima, aparecimento de sintomas psicopatológicos e o desenvolvimento de um baixo auto-conceito. A oportunidade de acompanhar de perto um grupo de mulheres obesas a usufruir de apoio psicoterapêutico, suscitou em nós uma enorme vontade de averiguar se os indivíduos obesos estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e sintomas psicopatológicos bem como ao desenvolvimento de uma baixa auto-estima e um baixo auto-conceito comparativamente com a população normativa.

Tivemos, então como questão principal a seguinte: “Existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere à sintomatologia depressiva, auto-estima tal como em relação aos sintomas psicopatológicos e o auto-conceito no que concerne às mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas?”

2.3 Formulação das Hipóteses

Segundo Polit e Hungler (1995), a teoria deve colocar-se à prova e submeter-se a deduções (hipóteses) a investigar. Sendo que uma hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos confirmar, recorrendo aos procedimentos de análise, explicando a relação entre duas ou mais variáveis (Polit & Hungler, 1995).

Deste modo as hipóteses que pretendemos verificar são as seguintes:

H1 – Há diferenças estatisticamente significativas entre a incidência de indicadores de maior sintomatologia depressiva nas mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra.

H2 – Há diferenças estatisticamente significativas entre a incidência de indicadores de sintomas clinicamente significativos causados pela depressão nas mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra.

H3 – Há diferenças estatisticamente significativas entre a incidência de indicadores de maiores incapacidades causadas pela incidência da depressão nas mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra.

H4 – Há diferenças estatisticamente significativas entre a incidência de indicadores de menor auto-estima das mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra.

H5 – Há diferenças estatisticamente significativas entre incidência de indicadores maior sintomatologia psicopatológica nas mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra.

H6 – Há diferenças estatisticamente significativas entre a incidência de indicadores de menor auto-conceito das mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra.

2.4 Variáveis

As variáveis referem-se a tudo o que pode assumir diferentes valores, segundo os casos particulares ou as circunstâncias (Fortin, 1999).

Segundo o mesmo autor a variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente. É o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente (Fortin, 1999).

Por sua vez, a variável independente é manipulada pelo investigador com o objectivo de estudar os seus efeitos na variável dependente (Fortin, 1999).

No presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

- Independentes: Idade; escolaridade, localidade, profissão, nacionalidade, estado civil, número de filhos, altura e peso.

- Dependentes (estado actual):
 - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (Depressão – Vaz Serra, 1993);
 - Escala de Auto-Estima de Coopersmith (Auto-Estima – Coopersmith, 1989);
 - Inventário SCL-90 (Sintomas Psicopatológicos – Derogatis, 1975);
 - Inventário Clínico de Auto-Conceito (Auto-Conceito – Vaz Serra, 1985).

2.5 Caracterização dos Instrumentos

2.5.1 Questionário Sócio-demográfico

Foi elaborado pela autora desta investigação um questionário sócio-demográfico com nove questões fechadas, acerca da idade, escolaridade, peso, altura, localidade/residência bem como profissão, nacionalidade, estado civil e número de filhos de cada um dos sujeitos de ambas as populações em estudo.

Pretendeu-se assim com este questionário, ter uma visão mais detalhada das características sócio-demográficas de ambas as populações desta investigação.

2.5.2 Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (Vaz Serra, 1993)

O “Inventário de Avaliação Clínica da Depressão” (IACLIDE) é um instrumento de auto-avaliação que tem como objectivo detectar a presença e a gravidade de um quadro clínico depressivo (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995). Esta escala foi elaborada tendo como base a ideia de que uma depressão varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade que possam atingir (Vaz Serra, 1994).

Este instrumento de avaliação foi criado pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra entre 1991 e 1993, sendo constituído por 23 questões sob a forma de uma escala tipo Likert que varia entre 0 (inexistência de qualquer perturbação) e 4 (gravidade máxima atingida pela queixa), estando cada um dos sintomas subdivididos em cinco questões que traduzem uma gravidade progressivamente crescente, tendo implícita a possibilidade de uma única escolha (Vaz Serra, 1994). As questões do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) dizem respeito a perturbações de quatro tipos distintos, alterações biológicas, sintomas cognitivos, modificação das relações inter-pessoais e supressão ou alteração do desempenho de tarefa (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995). Estes quatro tipos de perturbações têm a ver com a relação que o indivíduo deprimido estabelece com o organismo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho (cf. figura 1) (Vaz Serra, 1994).

O instrumento foi criado a partir de 340 deprimidos e apresenta uma boa consistência interna (Vaz Serra, 1994). Esta amostra foi posteriormente comparada com 340 indivíduos “normais” (indivíduos que nunca tiveram qualquer transtorno psicopatológico) e verificou-se que há uma boa diferenciação entre a nota global e cada um dos sintomas (Vaz Serra, 1994).

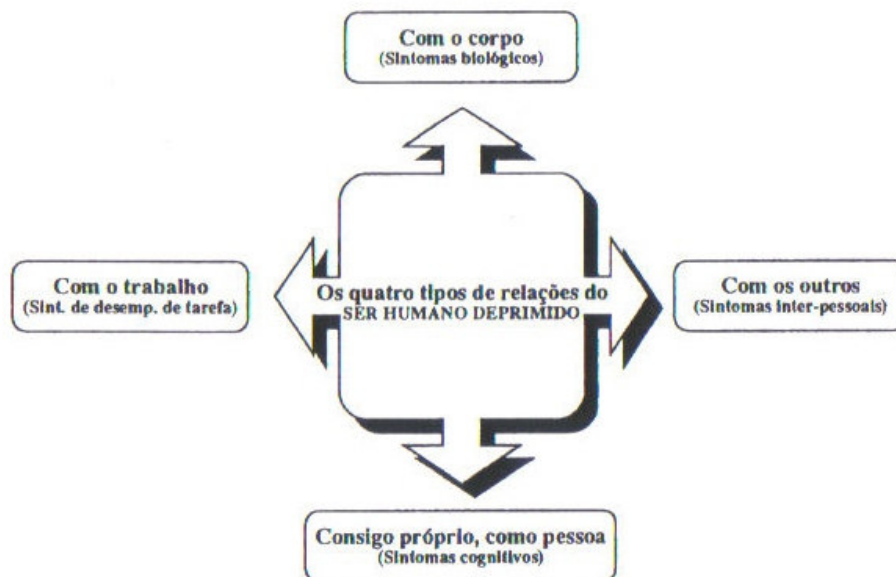


Figura 1: Concepção dos sintomas do IACLIDE (Vaz Serra, 1994).

Para além do valor total numérico que expressa a intensidade do quadro clínico depressivo e o ponto de corte com a normalidade, pode-se, ainda, determinar a pontuação respeitante aos quatro diferentes tipos dos sintomas já enumerados (Vaz Serra, 1994).

Das 23 questões que compõem este inventário, 6 questões dizem respeito aos sintomas biológicos (questões 3; 6; 8; 11; 13; 15), 3 questões aos inter-pessoais (questões 2; 4; 16), 10 questões aos cognitivos (questões 1; 5; 7; 9; 10; 12; 16; 17; 18; 19) e 4 questões ao desempenho e tarefa (questões 20; 21; 22; 23) (cf. Anexo 2) (Vaz Serra, 1994). O mesmo autor refere que a determinação das médias para cada um destes sintomas permite perceber em que aspectos um deprimido tem maior dificuldade na sua vida quotidiana.

Por sua vez temos cinco factores, sendo que o factor 1 é constituído pelas questões 1; 6; 13; 15; 17; 20; 22; 23, sendo considerado o mais importante (Vaz Serra, 1994). Estão representados neste factor sintomas que traduzem a dificuldade no desempenho da tarefa, associados a queixas biológicas e cognitivas que correspondem à clássica depressão endógena (Vaz Serra, 1994).

Por sua vez, o factor 2 é constituído pelas questões 2; 5; 9; 10; 12; 16; 17; 21 e sugere que o indivíduo que apresenta este tipo de sintomas tem uma personalidade

obsessiva subjacente, disposto a censurar-se, hesitante e pessimista, desenvolvendo sintomas cognitivos em que está patente uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio (Vaz Serra, 1994).

Enquanto que o factor 3 é constituído pelas questões 7; 10; 18; 19, reunindo assim os elementos da constelação suicida (Vaz Serra, 1994).

O factor 4 é constituído pelas questões 2; 3; 4; 14 e corresponde a sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa, em que predomina a instabilidade emocional e dependência de terceiros (Vaz Serra, 1994).

Por fim e segundo o mesmo autor as questões 8 e 11 constituem o factor 5, que reúne os dois tipos de perturbação do sono (insónia tardia e insónia inicial).

Com o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) pode-se ainda prever a incapacidade para a vida em geral, para a vida no trabalho, para a vida social e para a vida familiar que um deprimido pode experienciar (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995).

A pontuação global obtida no inventário designa os graus de gravidade da depressão e a divisão entre não deprimido e deprimido (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995). Assim a pontuação obtida entre 0 e 19 indica ausência de depressão, de 20 a 34 depressão leve (indivíduo perturbado pelos sintomas, com dificuldade em continuar com o seu trabalho e actividades sociais usuais, mas não deixa de funcionar completamente), 35 a 52 depressão moderada (o indivíduo tem normalmente uma dificuldade considerável em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho ou domésticas) e a pontuação igual ou superior a 53 depressão grave (a pessoa sente-se incapaz, a não ser de forma muito limitada, em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho ou domésticas) (Vaz Serra, 1994). Para fazer esta classificação foram utilizadas as normas do CID10 da OMS (Organização Mundial de Saúde) (Vaz Serra, 1994).

O mesmo autor salienta o facto de um doente com uma determinada pontuação pode mostrar-se mais incapacitado do que outro, não havendo assim uma relação linear entre a pontuação obtida e as incapacidades apresentadas.

Porém as médias em cada um dos três grupos (leves, moderados e graves) apresentam diferenças estatisticamente significativas, correspondendo a média menor aos casos leves e a maior aos casos graves (Vaz Serra, 1994).

Vaz Serra (1994) refere ainda que a idade do sujeito não tem importância como factor preditivo das suas capacidades. Contudo os sintomas que dizem respeito aos diversos tipos de incapacidade são diferentes consoante o género do doente (Vaz Serra, 1994). A gravidade da depressão, tanto para homens como para mulheres, está relacionada com dois tipos de incapacidade sendo as mesmas para a vida em geral e para a vida social. Por sua vez, nos homens, há um sintoma comum a três tipos de

incapacidade (vida em geral, trabalho e vida familiar), enquanto que nas mulheres, não há um único sintoma comum a todas as incapacidades (Vaz Serra, 1994). Todavia em ambos os géneros há um sintoma comum para a incapacidade para o trabalho, que é a fadigabilidade no desempenho de tarefas (Vaz Serra, 1994). No que se refere à incapacidade para a vida social e familiar não há sintomas comuns nos dois géneros (Vaz Serra, 1994). Assim, as incapacidades que se observam nos deprimidos tendem a ser explicadas parcialmente pela gravidade do quadro clínico depressivo (Vaz Serra, 1994). Os sintomas que estão menos ligados às incapacidades nos homens são diferentes dos que explicam as incapacidades nas mulheres, podendo estar relacionado com os papéis sociais (Vaz Serra, 1994).

O Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) é uma escala de auto-avaliação com vantagens e desvantagens. No que se refere às vantagens podemos destacar o facto de as escalas de auto-avaliação permitirem indicar como o indivíduo se observa a si próprio e não como é visto pelos outros; possibilita ao doente referir como se sente, o que pode não coincidir com aquilo que demonstra, evita deste modo quaisquer pressupostos que o observador possa ter sobre o indivíduo; e poupa tempo ao técnico de saúde, uma vez que a escala pode ser preenchida em qualquer momento (Vaz Serra, 1994). Por sua vez no que respeita às desvantagens enunciamos o caso deste tipo de escalas não poderem ser respondidas por pessoas analfabetas ou que não saibam ler, por doentes agitados ou demasiado lentificados, ou que apresentem manifestações de uma perturbação psicótica (Vaz Serra, 1994).

Assim, o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) foi construído com os objectivos de se criar uma escala adequada à população portuguesa, abrangendo sintomas que não são usualmente enunciados noutros instrumentos, exemplo disso são a dependência que a pessoa deprimida estabelece em relação a terceiros, as queixas em demasia que refere porque deixa de ser capaz de estabelecer um diálogo sobre outros assuntos, o detrimento da memória a curto prazo, a dificuldade de concentração ou mesmo a perda da alegria de viver e procurou-se eliminar questões sensíveis a influências discriminadoras (Vaz Serra, 1994).

2.5.3 Escala de Auto-estima de Coopersmith (Coopersmith, 1989)

A Escala Auto-Estima de Coopersmith é uma tradução e adaptação do *Coopersmith Self-Esteem Inventory Short Form*, contém assim 25 perguntas fechadas, com respostas categóricas, oferecendo duas opções: descreve-me aproximadamente ou pouco ou nada tem a ver comigo (Coopersmith, 1989).

No que respeita às instruções o mesmo autor menciona que se pede à pessoa que assinale com uma cruz (x) as situações ou estados que lhe acontecem frequentemente ou mesmo as situações que nada têm a ver consigo.

Com efeito, e segundo o mesmo autor é um instrumento com uma abordagem da auto-estima em áreas relacionais específicas da vida, onde se pretende avaliar o sentimento de si, em termos valorativos e de competência, na família e na sociedade. Assim, a soma dos itens determina a auto-estima, sendo que cada item tem a pontuação de 1 ponto e quanto maior for a pontuação, maior será o “nível” da auto-estima (Coopersmith, 1989).

Sendo que esta escala define a auto-estima como “a avaliação que o indivíduo faz, e que geralmente mantém, de si mesmo, expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica o grau em que se considera capaz, importante e valioso (Okazaki & Coelho, 2005). A auto-estima é um juízo de valor que se expressa mediante atitudes que o indivíduo mantém face a si mesmo (Gobitta & Guzzo, 2002). É uma experiência subjectiva que o indivíduo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos” (Gobitta & Guzzo, 2002).

2.5.4 Symptom Checklist – 90 – SCL – 90 (Derogatis, 1975)

A Symptom Checklist – 90 – SCL – 90, foi criada pela National Computer Systems Inc., sendo um inventário multidimensional de auto avaliação de sintomas, delineado para avaliar um vasto espectro de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos (Derogatis, 1994). Segundo o mesmo autor é um instrumento utilizado ainda como uma medida externa para avaliar as melhoras do indivíduo relativamente aos seus problemas e sintomas quando se pretende verificar a eficácia da medicação.

Deste modo, Laloni (2001) refere que a SCL – 90 tem sido utilizada por psicólogos clínicos e psiquiatras em saúde mental, em ambientes médicos e educacionais bem como para investigações. Pode ser também usada como um instrumento de avaliação do

grau de intensidade do sintoma e da sua dimensão, para explicar altas formais ou avaliações de pré e pós terapêutica (Laloni, 2001).

Foi assim desenvolvida por Leonard R. Derogatis a partir de estudos anteriores com a Hopkins Symptom Checklist – HSCL, sendo publicada em 1975 (Laloni, 2001).

Efectivamente, esta escala foi delineada para reflectir o nível de sintomas psicopatológicos de pacientes psiquiátricos, pacientes clínicos e indivíduos da comunidade em geral (Derogatis, 1994). Por sua vez, e segundo Derogatis (1994) as características da escala são as medidas dos níveis de sintomas psicopatológicos actuais, e não uma medida da personalidade.

Na verdade a Escala de Avaliação de Sintomas (SCL – 90), tal como Derogatis (1994) refere é constituída por 90 itens de auto relato que pretendem reflectir o padrão psicológico dos respondentes. Sendo que cada item deve ser respondido segundo uma escala de 5 pontos, que varia entre 0 e 4, isto é, desde nenhum até extremamente (Derogatis, 1994).

No que respeita aos itens da escala Derogatis (1994) menciona que compõem 9 dimensões primárias de sintomas: somatização (S), obsessividade compulsividade (OC), sensibilidade interpessoal (SI), depressão (D), ansiedade (AN), hostilidade (H), ansiedade fóbica (AF), ideias paranóides (IP) e psicoticismo (PS).

Com efeito, segundo Laloni (2001), a SCL-90 deve ser apresentada ao paciente por enfermeiros ou técnicos clínicos, visto que a apresentação deve ser breve apenas deverá ser dispendido 1 ou 2 minutos. As instruções devem ser as seguintes: abaixo encontra-se uma lista de problemas que as pessoas têm, às vezes (Laloni, 2001). Por favor leia cada um cuidadosamente e marque com um círculo o número que melhor descrever quanto esse problema o tem preocupado ou angustiado durante os últimos sete dias incluindo hoje (Laloni, 2001). Sendo 0 (zero) indicado como nenhum sintoma, o 1 (um) como um pouco, o 2 (dois) como moderadamente, o 3 (três) como bastante e o 4 (quatro) como extremamente (Laloni, 2001).

Em circunstâncias normais, segundo a mesma autora, este instrumento requer entre 12 a 15 minutos para ser preenchido e é pontuado e interpretado no que respeita a nove dimensões de sintomas psicológicos e a três índices globais de distúrbios.

Por sua vez, os índices globais são denominados de: Índice Global de Severidade (IGS), Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP) e Total de Sintomas Positivos (TSP) (Laloni, 2001). Sendo que a função de cada uma destas medidas globais é transmitir numa pontuação simples o nível ou intensidade de um distúrbio psicológico de um indivíduo (Derogatis, 1994).

Assim e segundo Derogatis (1994) o IGS é o melhor indicador simples do nível actual ou intensidade da desordem, uma vez que combina informações sobre o número

de sintomas relatados com a intensidade percebida do distúrbio. O IDSP funciona como uma medida de estilo de resposta indicando quando o respondente está a aumentar ou atenuar os distúrbios somáticos, ou seja, reflecte o nível médio do distúrbio relatado para o sintoma, assim como pode ser interpretado como uma medida da intensidade do sintoma positivo (Derogatis, 1994). O total de sintomas positivos (TSP), tal como refere Derogatis (1994) é meramente o retrato do número de sintomas apontados pelos sujeitos, independente do nível do distúrbio relatado, podendo ser interpretado como uma medida da abrangência do sintoma.

Por fim importa referir que a interpretação clínica do perfil obtido pela SCL-90 oferece uma diversa gama do perfil sintomático multidimensional (Derogatis, 1994). Contudo para a comparação com uma avaliação unidimensional é necessário a utilização apenas de uma subescala (Derogatis, 1994).

2.5.5 Inventário Clínico de Auto-conceito (Vaz Serra, 1985)

O Inventário Clínico de Auto – Conceito (ICAC), segundo Vaz Serra (1986) é uma escala unidimensional de tipo Likert, elaborada com o propósito de medir os aspectos emocionais e sociais do auto – conceito. Denomina-se de inventário porque para além de apresentar uma nota global, possibilita extrair vários índices que trazem ainda informação sobre a pessoa (Vaz Serra, 1986). É um instrumento de auto – avaliação, que exige um grau mínimo de escolaridade para ser respondido (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995). Assim, Almeida, Simões & Gonçalves (1995) referem que esta escala procura medir a maneira de ser habitual do indivíduo e não o estado em que transitoriamente se encontra.

Foi criado por Adriano Vaz Serra em 1985, sendo que o seu formato experimental começou por ter 75 questões que, na versão final, devido à metodologia de selecção, ficaram reduzidas a 20 questões (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995). Sendo que os 20 itens são bons discriminadores de grupos extremos, não são influenciados por diferenças de género, apresentam uma correlação muito significativa com a nota global e mostram uma boa estabilidade temporal (Vaz Serra, 1986).

Deste modo e segundo o mesmo autor é um instrumento de medida que pretende avaliar aspectos emocionais e sociais do auto – conceito. Assim é constituído por 20 questões, sendo que cada uma delas é cotada de 1 (não concordo) a 5 (concordo muitíssimo), classificadas umas vezes numa ordem directa e outras inversa, podendo a nota global ir de um mínimo de 20 a um máximo de 100 (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995). As instruções que se devem transmitir aos respondentes são as seguintes: “Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos,

capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere sobretudo a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica” (Vaz Serra, 1986).

Importa ainda referir que inventário está construído de maneira que quanto maior for o valor global, melhor é o auto – conceito do indivíduo (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995). Por sua vez, Almeida, Simões & Gonçalves (1995) mencionam que um bom auto – conceito ajudará o indivíduo: a ter uma percepção positiva de si mesmo; a sentir-se bem consigo próprio e com os outros; a ter estratégias de coping mais adequadas; a perceber o mundo de forma menos ameaçadora e, por conseguinte, a ter uma melhor saúde mental.

Destacamos como vantagens o facto de ser breve e levar pouco tempo a ser respondido, não cansa a pessoa que está a responder o que facilita a sua colaboração e um bom preenchimento de todas as questões do inventário (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995). Por outro lado, a desvantagem mais significativa é de não poder ser respondido por indivíduos analfabetos (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995).

Concluimos assim e segundo Fitts (1972) que quanto melhor auto-conceito o indivíduo apresentar, melhor será o seu desempenho, do mesmo modo que quanto pior for o auto-conceito pior será o ajustamento do indivíduo e mais propício estará a perturbações de cariz emocional.

2. 6 Descrição dos Procedimentos

A selecção da amostra desta investigação foi feita por conveniência, sendo que a recolha dos dados realizou-se recorrendo aos instrumentos acima referidos simultaneamente em ambas as populações.

Assim, no que respeita à população obesa os dados foram recolhidos no início do apoio psicoterapêutico aquando da presença de cada sujeito na consulta de psicologia numa unidade de saúde e em simultâneo nas mulheres normativas escolhidas aleatoriamente.

Primeiramente foi explicado a cada indivíduo de ambas as populações do estudo que se pretendeu realizar, os objectivos do mesmo, qual era o seu papel bem como o facto de ser assegurado o anonimato e a confidencialidade das informações recolhidas.

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas. “

Posteriormente foi questionado cada sujeito de ambas as populações acerca da sua participação no estudo e no caso de terem aceite, levaram os questionários consigo para o seu posterior preenchimento.

Aquando de um novo contacto com a investigadora, os participantes de ambas as populações entregaram os instrumentos.

Não foi pedida autorização à administração da unidade de saúde, mais precisamente ao conselho de ética, para a aplicação dos instrumentos necessários a esta investigação, no início do apoio psicoterapêutico, uma vez que é prática comum recolher informação por este meio junto dos grupos terapêuticos, que decorrem nesta unidade de saúde

A cotação dos instrumentos foi feita recorrendo ao programa informático de cada escala, sendo que a análise estatística dos dados foi efectuada no S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences, versão 16.0 para Windows).

CAPITULO 3 – RESULTADOS:

- Pontuações do Instrumento IACLIDE
- Pontuações do Instrumento Escala de Auto-Estima de Coopersmith
 - Pontuações do Instrumento SCL-90
- Pontuações do Instrumento Inventário de Clínico do Auto-Conceito
 - Diferenças de médias
 - Correlações entre instrumentos

CAPITULO 3: RESULTADOS

"Para interpretar e comunicar os dados de um estudo necessita-se de experiência e conhecimento em estatística e investigação, compenetração intelectual, atributos que é impossível apreender num livro de texto".

Polit & Hungler (1995)

3.1 Pontuações do instrumento IACLIDE

Nos resultados do instrumento IACLIDE (quadro 4) verificou-se que 28,1% (N = 9) da população obesa apresentou valores indicadores de sintomatologia depressiva moderada, 25% (N = 8) valores indicadores de sintomatologia depressiva leve, 25% (N=8) apresentou indicadores de depressão grave e 21,9% (N=7) valores indicadores de ausência de sintomatologia depressiva. Por sua vez a população normativa não apresentou valores indicadores de sintomatologia depressiva moderada ou grave, sendo que apenas 12,5% (N = 4) apresentaram valores indicadores de sintomatologia depressiva leve.

Quadro 4: Resultados do IACLIDE

Sintomatologia Depressiva (%/N)	Mulheres Obesas	Mulheres Normativas
Normal	21,9% (N=7)	87,5% (N=28)
Depressão leve	25 % (N=8)	12,5% (N= 4)
Depressão moderada	28,1% (N=9)	0% (N=0)
Depressão grave	25% (N=8)	0% (N=0)

Relativamente aos sintomas apresentados no quadro 5, provenientes da incidência de sintomatologia depressiva, averiguamos que relativamente aos biológicos os mesmos são os mais significativos nas mulheres obesas, uma vez que 19 (59,4%) mulheres obesas apresentaram sintomas biológicos clinicamente significativos comparativamente com a maioria (96,9%, N=31) das mulheres normativas que apresentam sintomas biológicos normativos.

Por outro lado, os sintomas cognitivos são maioritariamente normativos quer na população obesa (N=22; 68,8%) quer na população normativa (N=32; 100%).

Quadro 5: Resultados dos Sintomas do IACLIDE

Sintomas (%/N)	Mulheres Obesas	Mulheres Normativas
Biológicos		
Sintomas Normativos	40,6% (N=13)	96,9% (N=31)
Sintomas Clinicamente Significativos	59,4% (N=19)	3,1% (N=1)
Cognitivos		
Sintomas Normativos	68,8% (N=22)	100% (N=32)
Sintomas Clinicamente Significativos	31,2% (N=10)	0% (N=0)
Interpessoais		
Sintomas Normativos	71,9% (N=23)	100% (N=32)
Sintomas Clinicamente Significativos	28,1% (N=9)	0% (N=0)
Desempenho de Tarefa		
Sintomas Normativos	59,4% (N=19)	100% (N=32)
Sintomas Clinicamente Significativos	40,6% (N=13)	0% (N=0)

No que se refere aos sintomas interpessoais, verificamos que 23 (71,9%) mulheres obesas e 32 (100%) das mulheres normativas apresentam sintomas normativos.

Por fim temos os sintomas do desempenho da tarefa, que nos indicam que a maioria das mulheres obesas (N=19; 59,4%) e das mulheres normativas (N=32; 100%) apresentam valores indicadores de sintomas normativos.

No âmbito das incapacidades, apresentadas no quadro 6, que a sintomatologia depressiva desenvolve destacamos que no que se refere às incapacidades para a vida em geral nas mulheres obesas metade (N=16; 50%) da população encontra-se ligeiramente, moderadamente e marcadamente incapacitada enquanto que 100% (N=32) das mulheres normativas encontram-se de modo algum incapacitadas para a vida em geral.

No que concerne às incapacidades para o trabalho apuramos que 46,9% (N=15) das mulheres obesas se encontram ligeiramente incapacitadas para o trabalho, comparativamente com 71,9% (N=23) das mulheres normativas que nos indicaram que de modo algum se encontram incapacitadas para o trabalho.

Quadro 6: Resultados das Incapacidades do IACLIDE

Incapacidades (%/N)	Mulheres Obesas	Mulheres Normativas
Para a Vida Em Geral		
De Modo algum Incapacitada	50% (N=16)	100% (N=32)
Ligeiramente Incapacitada	28,1% (N=9)	0% (N=0)
Moderadamente Incapacitada	18,8% (N=6)	0% (N=0)
Marcadamente Incapacitada	3,1% (N=1)	0% (N=0)
Muito Gravemente Incapacitada	0% (N=0)	0% (N=0)
Para o Trabalho		
De Modo algum Incapacitado	40,6% (N=13)	71,9% (N=23)
Ligeiramente Incapacitado	46,9% (N=15)	28,1% (N=9)
Moderadamente Incapacitado	12,5% (N=4)	0% (N=0)
Marcadamente Incapacitado	0% (N=0)	0% (N=0)
Muito Gravemente Incapacitado	0% (N=0)	0% (N=0)
Para a Vida Social		
De Modo algum Incapacitado	12,5% (N=4)	37,5% (N=12)
Ligeiramente Incapacitado	25% (N=8)	28,1% (N=9)
Moderadamente Incapacitado	37,5% (N=12)	31,2% (N=10)
Marcadamente Incapacitado	18,8% (N=2)	3,1% (N=1)
Muito Gravemente Incapacitado	6,2 % (N=2)	0% (N=0)
Para a Vida Familiar		
De Modo algum Incapacitado	37,5% (N=12)	93,8% (N=30)
Ligeiramente Incapacitado	28,1% (N=9)	6,2% (N=2)
Moderadamente Incapacitado	31,2% (N=10)	0% (N=0)
Marcadamente Incapacitado	3,1% (N=1)	0% (N=0)
Muito Gravemente Incapacitado	0% (N=0)	0% (N=0)

Na incapacidade para a vida social os dados referem-nos que 37,5% (N=12) das mulheres obesas mencionam que se encontram moderadamente incapacitadas enquanto que com os mesmos valores as mulheres normativas mencionam que se encontram de modo algum incapacitadas para a vida social.

Por último destacamos a incapacidade para a vida familiar, sendo que a maioria (37,5%; N= 12) das mulheres obesas referem que de modo algum se encontram incapacitadas sendo que 93,8% (N=30) das mulheres normativas referem o mesmo.

3.2 Pontuações do instrumento Escala de Auto-Estima de Coopersmith

Nos resultados do instrumento Escala de Auto-Estima de Coopersmith (quadro 7) verificou-se na população obesa que 68,8% (N = 22) das mulheres apresentaram valores indicadores de baixa auto-estima, 21,9% (N = 7) valores indicadores de média auto-estima e somente 9,4% (N = 3) valores de elevada auto-estima.

Por sua vez na população normativa constatou-se que 75% (N =24) das mulheres evidenciaram valores indicadores de média auto-estima, 21,9% (N = 7) valores indicadores de elevada auto-estima, sendo que apenas 3,1% (N= 1) apresentam valores indicadores de baixa auto-estima.

Quadro 7: Resultados da Escala de Auto-Estima de Coopersmith

Auto-Estima	Mulheres Obesas	Mulheres Normativas
Baixa Auto-Estima	68,8% (N=22)	3,1% (N=1)
Média Auto-Estima	21,9% (N=7)	75% (N=24)
Elevada Auto-Estima	9,4% (N=3)	21,9% (N=7)

3.3 Pontuações do instrumento SCL-90

Nos resultados do instrumento SCL-90 (quadro 8) verificou-se que relativamente ao factor somatização 87,5% (N = 28) da população obesa apresenta valores indicadores de elevada somatização comparativamente com 43,8% (N = 14) da população normativa que apresentaram valores indicadores de baixa somatização.

Por sua vez, no que se refere ao factor obsessão do SCL-90 (quadro 8) constatou-se que 81,2% (N = 26) da população obesa apresentaram valores indicadores

de elevados níveis de obsessão comparativamente com 68,8% (N = 22) da população normativa que apresentaram valores indicadores de baixos níveis de obsessão.

No que se refere ao factor sensibilidade interpessoal do SCL-90 (quadro 8) verificou-se que 84,4% (N = 27) da população obesa apresentaram valores indicadores de elevados níveis de sensibilidade interpessoal comparativamente com 75% (N = 24) da população normativa que apresentaram valores indicadores de baixos níveis de sensibilidade interpessoal.

No factor depressão do SCL-90 (quadro 8) constatou-se que 84,4% (N = 27) da população obesa apresentaram valores indicadores de elevada sintomatologia depressiva relativamente a 56,2% (N = 18) da população normativa que apresentaram valores indicadores de baixa sintomatologia depressiva.

Nos resultados do factor ansiedade do SCL-90 (quadro 8) verificou-se que 78,1% (N = 25) da população obesa apresentaram valores indicadores de elevada sintomatologia ansiógena comparativamente com 65,6% (N = 21) da população normativa que apresentaram valores indicadores de baixa sintomatologia ansiógena.

No que respeita ao factor hostilidade do SCL-90 (quadro 8) apurou-se que 81,2% (N = 26) da população obesa apresentaram valores indicadores de elevado nível de hostilidade relativamente a 75% (N = 24) da população normativa que apresentaram valores indicadores de baixo nível de hostilidade.

Relativamente ao factor ansiedade fóbica do SCL-90 (quadro 8) verificamos que 75% (N = 24) da população obesa apresentaram valores indicadores de elevada sintomatologia fóbica comparativamente com 78,1% (N = 25) da população normativa que apresentaram valores indicadores de baixa sintomatologia fóbica.

Por sua vez no factor ideação paranóide do SCL-90 (quadro 8) apurou-se que 78,1% (N = 25) da população obesa apresentaram valores indicadores de elevados níveis de ideação paranóide relativamente com 75% (N = 24) da população normativa que apresentaram valores indicadores de baixos níveis de ideação paranóide.

Por último, no que se refere ao factor psicoticismo do SCL-90 (quadro 8) constatamos que 84,4% (N = 27) apresentaram valores indicadores de elevados níveis de psicoticismo relativamente com 68,8% (N = 22) da população normativa que apresentaram valores indicadores de baixos níveis de psicoticismo.

Quadro 8: Resultados da SCL-90

Sintomas Psicopatológicos	Mulheres Obesas	Mulheres Normativas
Somatização		
Baixa sintomatologia somática	9,4% (N=3)	43,8% (N=14)
Média sintomatologia somática	3,1% (N=1)	0% (N=0)
Elevada sintomatologia somática	87,5% (N=28)	56,2% (N=18)
Obsessão		
Baixos níveis de obsessão	18,8% (N=6)	68,8% (N=22)
Médios níveis de obsessão	0% (N=0)	0% (N=0)
Elevados níveis de obsessão	81,2% (N=26)	31,2% (N=10)
Sensibilidade Interpessoal		
Baixos níveis de sensibilidade interpessoal	15,6% (N=5)	75% (N=24)
Médios níveis de sensibilidade interpessoal	0% (N=0)	0% (N=0)
Elevados níveis de sensibilidade interpessoal	84,4% (N=27)	25% (N=8)
Depressão		
Baixa sintomatologia depressiva	15,6% (N=5)	56,2% (N=18)
Média sintomatologia depressiva	0% (N=0)	0% (N=0)
Elevada sintomatologia depressiva	84,4% (N=27)	43,8% (N=14)
Ansiedade		
Baixa sintomatologia ansiógena	21,9% (N=7)	65,6% (N=21)
Média sintomatologia ansiógena	0% (N=0)	0% (N=0)
Elevada sintomatologia ansiógena	78,1% (N=25)	34,4% (N=11)
Hostilidade		
Baixo nível de hostilidade	18,8% (N=6)	75% (N=24)
Médio nível de hostilidade	0% (N=0)	0% (N=0)
Elevado nível de hostilidade	81,2% (N=26)	25% (N=8)
Ansiedade fóbica		
Baixa sintomatologia fóbica	25% (N=8)	78,1% (N=25)
Média sintomatologia fóbica	0% (N=0)	0% (N=0)
Elevada sintomatologia fóbica	75% (N=24)	21,9% (N=7)
Ideação paranóide		
Baixos níveis de ideação paranóide	21,9% (N=7)	75% (N=24)
Médios níveis de ideação paranóide	0% (N=0)	0% (N=0)
Elevados níveis de ideação paranóide	78,1% (N=25)	25% (N=8)

Psicoticismo		
Baixos níveis de psicoticismo	15,6% (N=5)	68,8% (N=22)
Médios níveis de psicoticismo	0% (N=0)	0% (N=0)
Elevados níveis de psicoticismo	84,4% (N=27)	31,2% (N=10)

3.4 Pontuações do instrumento Inventário Clínico de Auto-Conceito

Nos resultados do instrumento Inventário Clínico de Auto-conceito (quadro 9) verificou-se que na população obesa 68,8% (N = 22) apresentaram valores indicadores de um baixo auto-conceito comparativamente com 28,1% (N =9) na população normativa. Por sua vez, 28,1% (N =9) das mulheres obesas apresentaram valores indicadores de um elevado auto-conceito comparativamente com 68,8% (N = 22) da população normativa.

Quadro 9: Resultados do Inventário Clínico de Auto-Conceito

Auto-Conceito Total	Mulheres Obesas	Mulheres normativas
Baixo auto-conceito	68,8% (N = 22)	28,1% (N = 9)
Médio auto-conceito	3,1% (N = 1)	3,1% (N=1)
Elevado Auto-conceito	28,1% (N=9)	68,8% (N= 22)
Aceitação – Rejeição Social		
Baixa Aceitação – Rejeição Social	50% (N=16)	12,5% (N=4)
Média Aceitação – Rejeição Social	0% (N=0)	0% (N=0)
Elevada Aceitação – Rejeição Social	50% (N=16)	87,5% (N=28)
Auto-Eficácia		
Baixa Auto-Eficácia	71,9% (N=23)	46,9% (N=15)
Média Auto-Eficácia	6,2% (N=2)	6,2% (N=2)
Elevada Auto-Eficácia	21,9% (N=7)	46,9% (N=15)
Maturidade Psicológica – Auto-Afirmação		
Baixa Maturidade Psicológica – Auto-Afirmação	37,5% (N=12)	25% (N=8)
Média Maturidade Psicológica – Auto-Afirmação	15,6% (N=5)	12,5% (N=4)

Elevada Maturidade Psicológica – Auto-Afirmação	46,9% (N=15)	62,5% (N=20)
Impulsividade e Actividade		
Baixa Impulsividade e Actividade	75% (N=24)	43,8% (N=14)
Média Impulsividade e Actividade	0% (N=0)	0% (N=0)
Elevada Impulsividade e Actividade	25% (N=8)	56,2% (N=18)

No que se refere à aceitação/rejeição social apuramos que as mulheres obesas oscilam entre a baixa aceitação – rejeição social (50%, N=16) e elevada aceitação – rejeição social (50%, N=16), sendo que a população normativa maioritariamente (87,5%, N=28) apresenta elevada aceitação – rejeição social.

Por sua vez a maioria (71,9%, N=23) da população obesa considera que tem uma baixa auto-eficácia em contraste com 93,8% (N=30) da população normativa que se encontra dividida com igual percentagem entre uma baixa auto-eficácia e uma elevada auto-eficácia.

No caso da maturidade psicológica e auto-afirmação a maioria das mulheres obesas (46,9%, N=15) e a maioria das mulheres normativas (62,5%, N=20) consideram que têm uma elevada maturidade psicológica e auto-afirmação.

Por último, na impulsividade e Actividade a maioria das mulheres obesas (75%, N=24) considera que tem baixa impulsividade e actividade, contrariando a maioria das mulheres normativas (56,2%, N=18) que referem ter elevada impulsividade e actividade.

3.5 Diferenças de médias entre instrumentos

Tendo como base as análises Teste – T verificaram-se diferenças estatísticas bastante significativas (quadro 10) no que se refere à sintomatologia depressiva (IACLIDE) ($t = 6,705$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), sintomas biológicos (IACLIDE) ($t = 7,429$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), sintomas cognitivos (IACLIDE) ($t = 6,107$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), sintomas interpessoais ($t = 4,026$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), sintomas desempenho de tarefa (IACLIDE) ($t = 5,192$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), incapacidade para a vida em geral ($t = 6,264$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), incapacidade para a vida social ($t = 6,421$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), incapacidade para a vida familiar ($t = 5,246$; $p < 0,05$; $p = 0,000$) e auto-estima ($t = - 5,735$; $p < 0,05$; $p = 0,000$).

Por sua vez, no que se refere ao SCL-90 também se apuraram diferenças estatísticas bastante significativas (quadro 8) nos factores somatização ($t = 6,029$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); obsessão ($t = 6,365$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); sensibilidade interpessoal ($t = 7,857$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); depressão ($t = 8,033$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); ansiedade ($t = 7,786$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); hostilidade ($t = 7,360$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); ansiedade fóbica ($t = 4,945$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); ideação paranóide ($t = 6,608$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); e psicoticismo ($t = 6,554$; $p < 0,05$; $p = 0,000$).

No que se refere ao Inventário Clínico de Auto-Conceito constataram-se diferenças estatísticas bastante significativas no total ($t = - 4,122$; $p < 0,05$; $p = 0,000$) e na aceitação – rejeição social ($t = - 3530$; $p < 0,05$; $p = 0,001$). Não existindo diferenças estatísticas significativas no que concerne à auto-eficácia, maturidade psicológica – auto-afirmação e impulsividade e actividade.

Portanto todas as dimensões que não foram anteriormente referidas é porque não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 10: Médias, desvios padrões e diferenças de médias entre os vários instrumentos nas duas populações em estudo.

Variáveis		
IACLIDE	$t = 6,705$ $p < 0,05$; $p = 0,000$	$M = 24,47$ $DP = 20,64$
IACLIDE (Sintomas biológicos)	$t = 7,429$ $p < 0,05$; $p = 0,000$	$M = 1,29$ $DP = 0,98$
IACLIDE (Sintomas cognitivos)	$t = 6,107$ $p < 0,05$; $p = 0,000$	$M = 0,97$ $DP = 0,90$
IACLIDE (Sintomas Interpessoais)	$t = 4,026$ $p < 0,05$; $p = 0,000$	$M = 0,85$ $DP = 1,20$
IACLIDE (Sintomas desempenho de tarefa)	$t = 5,192$ $p < 0,05$; $p = 0,000$	$M = 1,02$ $DP = 1,12$
IACLIDE (Incapacidade para a vida em geral)	$t = 6,264$ $p < 0,05$; $p = 0,000$	$M = 0,91$ $DP = 0,82$
IACLIDE (Incapacidade para a vida social)	$t = 6,421$ $p < 0,05$; $p = 0,000$	$M = 1,03$ $DP = 0,90$
IACLIDE (Incapacidade para a vida familiar)	$t = 5,246$ $p < 0,05$; $p = 0,000$	$M = 0,76$ $DP = 0,82$
Auto-Estima	$t = - 5,735$ $p < 0,05$; $p = 0,000$	$M = - 5,59$ $DP = 5,52$
SCL-90 (Somatização)	$t = 6,029$ $p < 0,05$; $p = 0,000$	$M = 1,09$ $DP = 1,02$

SCL-90 (Obsessão)	t = 6,365 p < 0,05; p = 0,000	M = 0,99 DP = 0,88
SCL-90 (Sensibilidade Interpessoal)	t = 7,857 p < 0,05; p = 0,000	M = 1,31 DP = 0,94
SCL-90 (Depressão)	t = 8,033 p < 0,05; p = 0,000	M = 1,19 DP = 0,84
SCL-90 (Ansiedade)	t = 7,786 p < 0,05; p = 0,000	M = 1,14 DP = 0,83
SCL-90 (Hostilidade)	t = 7,360 p < 0,05; p = 0,000	M = 1,05 DP = 0,81
SCL-90 (Ansiedade fóbica)	t = 4,945 p < 0,05; p = 0,000	M = 0,84 DP = 0,96
SCL-90 (Ideação Paranóide)	t = 6,608 p < 0,05; p = 0,000	M = 1,21 DP = 1,04
SCL-90 (Psicoticismo)	t = 6,554 p < 0,05; p = 0,000	M = 0,93 DP = 0,80
ICAC	t = - 4,122 p < 0,05; p = 0,000	M = - 9,53 DP = 13,08
ICAC (Aceitação – Rejeição Social)	t = - 3,53 p < 0,05; p = 0,001	M = - 2,75 DP = 4,41

3.6 Correlação entre instrumentos

De modo a avaliar o grau de relações entre as variáveis dos vários instrumentos aplicados neste estudo, utilizou-se a análise de Correlação de Pearson e observou-se a existência de bastantes correlações entre as pontuações (variáveis) dos instrumentos, quer no grupo das mulheres obesas, quer no grupo das mulheres normativas, sendo que se constaram correlações entre as seguintes variáveis:

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,690) e significativa (p < 0,01; p = 0,000). No que se refere aos sintomas e incapacidades do IACLIDE, verificamos igualmente uma correlação negativa entre o Total da Escala de Auto-estima e os sintomas biológicos, cognitivos, interpessoais e desempenho de tarefa, tal como nas incapacidades para a vida geral, trabalho, vida social e familiar.

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e o Factor Somatização (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,695) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e o Factor Obsessão (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,729) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e o Factor Sensibilidade Interpessoal (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,656) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e o Factor Depressão (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,727) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e o Factor Ansiedade (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,645) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e o Factor Hostilidade (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,611) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e o Factor Ansiedade Fóbica (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,623) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e o Factor Ideação Paranóide (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,538) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e o Factor Psicoticismo (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,627) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do IACLIDE e o Total do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,521) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,002$). Por outro lado constatamos uma

correlação positiva entre o Total do IACLIDE e os factores aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica – auto-afirmação e a impulsividade e actividade (ICAC).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) e os sintomas biológicos, cognitivos e as incapacidades da vida geral, social e familiar (IACLIDE) verificou-se correlações negativas.

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Somatização (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,499) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,004$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Obsessão (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,624) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Sensibilidade Interpessoal (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,722) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Depressão (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,566) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,001$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Ansiedade (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,393) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,026$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Hostilidade (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,365) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,040$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Ansiedade Fóbica (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,443) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,011$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Ideação Paranoide (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,523) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,002$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Psicoticismo (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,589) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,000$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Aceitação/Rejeição Social (ICAC) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = - 0,489) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,004$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Auto-eficácia (ICAC) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = - 0,460) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,008$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Total do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = - 0,477) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,006$).

No grupo das mulheres obesas constatou-se uma correlação positiva entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e os factores Aceitação/Rejeição Social, Auto-eficácia (ICAC).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) e o Factor Obsessão (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,466) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,007$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) e o Factor Sensibilidade Interpessoal (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,434) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,013$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) e o Factor Depressão (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,442) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,011$).

No grupo das mulheres obesas entre o Total do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) e o Factor Hostilidade (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,354) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,047$).

Por outro lado, no grupo das mulheres normativas não se verificou correlação entre o Total do IACLIDE e Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith. Contudo constataram-se correlações negativas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e os sintomas cognitivos e as incapacidades para a vida geral, social e familiar.

No grupo das mulheres normativas entre o Total do IACLIDE e o Factor Somatização (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,391) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,027$).

No grupo das mulheres normativas entre o Total do IACLIDE e o Factor Obsessão (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,369) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,037$).

No grupo das mulheres normativas entre o Total do IACLIDE e o Factor Depressão (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,523) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,002$).

No grupo das mulheres normativas entre o Total do IACLIDE e o Factor Ansiedade (SCL-90) verificou-se uma correlação positiva (Coeficiente de Pearson = 0,426) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,015$).

No grupo das mulheres normativas entre o Total do IACLIDE e o Total do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,399) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,024$). Por outro lado constatamos uma correlação positiva entre o Total do IACLIDE e os factores aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica – auto-afirmação e a impulsividade e actividade (ICAC).

No grupo das mulheres normativas entre o Total do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) e os sintomas cognitivos, desempenho da tarefa e as incapacidades da vida geral, trabalho e social (IACLIDE) verificou-se correlações negativas.

No grupo das mulheres normativas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Obsessão (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,382) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,031$).

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas. “

No grupo das mulheres normativas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Sensibilidade Interpessoal (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,373) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,035$).

No grupo das mulheres normativas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Depressão (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,408) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,020$).

No grupo das mulheres normativas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Ansiedade (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,390) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,027$).

No grupo das mulheres normativas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Ansiedade Fóbica (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,398) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,024$).

No grupo das mulheres normativas entre o Total da Escala de Auto-Estima de Coopersmith e o Factor Psicoticismo (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,475) e significativa ($p < 0,01$; $p = 0,006$).

No grupo das mulheres normativas entre o Total do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) e o Factor Obsessão (SCL-90) verificou-se uma correlação negativa (Coeficiente de Pearson = - 0,407) e significativa ($p < 0,05$; $p = 0,021$).

Importa ainda referir, que somente foram supramencionadas as correlações estatisticamente significativas.

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas.”

CAPITULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPITULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo o principal objectivo era verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos indicadores de sintomatologia depressiva, na auto-estima, no auto-conceito e nos sintomas psicopatológicos entre a população obesa e a população normativa.

Deste modo, constatou-se que a população obesa no que respeita à sintomatologia depressiva apresentou maior incidência da mesma, sendo que 28,1% (N = 9) das mulheres obesas apresentaram valores indicadores de sintomatologia depressiva moderada (as mulheres obesas têm uma dificuldade considerável em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho ou domésticas) e 50% (N=16) das mulheres obesas sintomatologia depressiva leve e grave (as mulheres obesas sentem-se incapazes, a não ser de forma muito limitada, em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho ou domésticas) com metade da percentagem para cada intervalo. Por sua vez a maioria (87,5%, N=28) da população normativa não apresenta valores indicadores de sintomatologia depressiva. Assim sendo confirmamos a Hipótese 1 (Há diferenças estatisticamente significativas na incidência de maiores indicadores de sintomatologia depressiva nas mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra).

No que se refere aos sintomas biológicos, os mesmos são clinicamente significativos nas mulheres obesas (59,4%, N=19) em comparação com as mulheres normativas (3,1%, N=1). Deste modo as mulheres obesas apresentam dificuldades ao nível da retenção da informação, concentração bem como em adormecer e ter um sono reparador, acabando por acordando várias vezes durante a noite. Ao nível dos sintomas cognitivos, interpessoais e desempenho da tarefa ambas as populações apresentam sintomas normativos. Confirmamos parcialmente a Hipótese 2 (Há diferenças estatisticamente significativas entre os indicadores de maior incidência de sintomas clinicamente significativos causados pela depressão nas mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra), uma vez que somente os sintomas biológicos são clinicamente significativos nas mulheres obesas, estando os sintomas cognitivos, interpessoais e de desempenho da tarefa normativos em ambas as populações.

Ao nível das incapacidades, constatamos que para a vida em geral a maioria de ambas as populações se encontra maioritariamente de modo algum incapacitada, sendo que para o trabalho a maioria (46,9%, N=15) população obesa manifesta-se ligeiramente incapacitada no que respeita à fatigabilidade no desempenho de tarefas, sendo que a

população normativa se encontra de modo algum incapacitada. Na incapacidade para a vida social a maioria da população normativa (37,5%, N=12) encontra-se mais uma vez de modo algum incapacitado contrastando com a maioria da população obesa (37,5%, N=12) que se encontra moderadamente incapacitada. Por fim na incapacidade para a vida familiar a maioria (37,5%, N=12) da população obesa manifesta-se de modo algum incapacitada, o mesmo acontece com a maioria (93,8%, N=30) da população normativa. No que se refere às incapacidades confirmamos parcialmente a Hipótese 3 (Há diferenças estatisticamente significativas entre os indicadores de maior incidência de incapacidades causadas pela incidência da depressão nas mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra), uma vez que as mulheres obesas só se encontram incapacitadas para o trabalho e para a vida social.

A maior incidência de sintomatologia depressiva e o aumento de incapacidades nas mulheres obesas pode dever-se ao facto desta população apresentar um estado de saúde debilitado que faz com que experienciem uma diminuição do bom humor, alterações do sono, comprometimento da memória e concentração bem como anedonia e sensações de falta de esperança (Karlsson, Sjostrom & Sullivan, 1993; Silva et al, 2006).

Sendo que acresce o facto de a prevalência de depressão nas mulheres ser superior à dos homens em todas as culturas (Weissman, 1996).

Assim, as mulheres mais do que os homens são afectadas emocionalmente pelas suas experiências de elevado stress mas também pelas experiências dos outros.

Segundo Cardoso (1998) o papel da mulher obriga-a a responder às necessidades dos outros e é talvez esta vulnerabilidade feminina responsável por parte substancial do seu stress psicológico. Deste modo, as mulheres não são só sensíveis em relação a elas, mas também em relação a tudo o que as rodeia.

Segundo Freudenberg (1997), as mulheres são mais susceptíveis ao síndrome de Burnout e por sua vez mais susceptíveis à sintomatologia depressiva, já que terão de enfrentar a uma variedade de tarefas domésticas e familiares complementares ao seu trabalho.

Os estudos epidemiológicos para além de terem demonstrado que a depressão é duas vezes mais comum na mulher do que no homem, também evidenciaram, haver diferença na sua manifestação e curso (Weissman, 1984).

Outros estudos epidemiológicos, levados a cabo nos Estados Unidos por Kornstein (1997) demonstraram que ao longo da vida, a depressão na mulher é de 21,3% enquanto que nos homens é de 12,7%.

Segundo Russel (1997) as mulheres têm um risco de contrair depressão de 20% a 25% e são mais atingidas do que os homens, que têm um risco durante a vida de 7% a 12%.

Efectivamente, a hipótese 1 (Há diferenças significativas na incidência de maiores indicadores de sintomatologia depressiva nas mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra), é corroborada pelo estudo de Tosetto & Júnior (2008) que comparam mulheres sedentárias e não sedentárias no que respeita à obesidade, sintomas de depressão, ansiedade e desesperança, que verificaram a presença de níveis maiores de depressão em pacientes obesas.

Por sua vez, no que respeita à auto-estima verificou-se que a população obesa apresenta maioritariamente valores indicadores de baixa auto-estima (68,8%, N = 22), sendo que na população normativa maioritariamente apresenta valores indicadores de média auto-estima (75%, N = 24). Assim as mulheres obesas avaliam negativamente as suas qualidades e os seus desempenhos, expressando desaprovação de si mesmas e considerando-se inadequadas (Mruck, 1998).

Estes resultados podem ser explicados pela alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso que poderá levar a uma desvalorização da auto-imagem e do auto-conceito, nas mulheres obesas, diminuindo a sua auto-estima e auto-confiança (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005). De sentirem a discriminação e os preconceitos na sua vida académica, social e profissional (Goldsmith, Anger-Friedfeld, Beren, Boeck & Aronne, 1992; Maddi, Khoshaba, Persico, Bleecker & VanArsdall, 1997 *cit in* Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002).

Podemos assim, compreender que a auto-estima da mulher ocidental reflecte o efeito de uma forte influência social agindo como fonte de possíveis desajustamentos ou de conflitos interpessoais, com repercussões na sua imagem corporal e na sua saúde mental.

Níveis baixos de auto-estima podem conduzir a patologias diversas, comprometendo a qualidade de vida, além de interferir nos níveis de satisfação com a vida (Alfermann & Stoll, 2000).

Deste modo confirmamos a hipótese 4 (Há diferenças significativas nos indicadores de menor auto-estima das mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra), reforçada pelo estudo de Seixas e Duarte que pretenderam avaliar relativamente à auto-estima e auto-conceito 186 mulheres praticantes e não praticantes de actividades físicas. Os mesmos autores concluíram assim que as não praticantes de actividades físicas apresentavam uma menor auto-estima comparativamente com as mulheres praticantes de actividades físicas.

No que se refere ao auto-conceito, através da análise dos resultados apuramos confirmamos a H 6 (Há diferenças estatisticamente significativas entre a incidência de indicadores de menor auto-conceito das mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra), uma vez que 68,8% (N = 22) mulheres da população

obesa apresentaram valores indicadores de baixo auto-conceito, enquanto que na população normativa, as mulheres apresentaram maioritariamente valores indicadores de um elevado auto-conceito (68,8%, N = 22). Assim as mulheres obesas oscilam entre a baixa aceitação – rejeição social (50%, N=16) e elevada aceitação – rejeição social (50%, N=16), sendo que a população normativa maioritariamente (87,5%, N=28) apresenta elevada aceitação – rejeição social. Assim percebemos que a população obesa considera que não passa uma boa imagem aos outros uma vez que tem um consequente *feedback* negativo daquilo que transmite.

Por sua vez a maioria (71,9%, N=23) da população obesa considera que tem uma baixa auto-eficácia em contraste com 93,8% da população normativa que se encontra dividida com igual percentagem entre uma baixa auto-eficácia e uma elevada auto-eficácia. Assim quer a população obesa quer a normativa têm uma percepção negativa do seu desempenho nas várias situações.

No caso da maturidade psicológica e auto-afirmação a maioria das mulheres obesas (46,9%, N=15) e a maioria das mulheres normativas (62,5%, N=20) consideram que têm uma elevada maturidade psicológica e auto-afirmação. Na impulsividade e Actividade a maioria das mulheres obesas (75%, N=24) considera que tem baixa impulsividade e actividade, contrariando a maioria das mulheres normativas (56,2%, N=18) que referem ter elevada impulsividade e actividade.

As mulheres obesas têm tendência a distorcer o seu tamanho corporal, a serem mais insatisfeitas, preocupadas com sua aparência pessoal bem como apresentarem falta de confiança em si mesmas e dificuldades em expressar de forma simbólica a sua imagem corporal influenciando assim negativamente o seu auto-conceito (Cordas & Ascencio, 2006; Almeida, Loureiro e Santos, 2002).

Na cultura ocidental a pressão para ser magro é muito intensa, os indivíduos são lembrados pelos meios de comunicação social que a forma ideal do corpo deve ser de extrema magreza. Assim as reacções e atitudes da sociedade em relação à obesidade reflectem-se nas reacções e atitudes das pessoas obesas, que tendem a fazer auto-declarações depreciativas em relação a si próprios e a apresentarem um auto-conceito comprometido (Barlow, 1999).

No SCL-90 verificou-se no factor somatização que a maioria das mulheres obesas apresentaram valores indicadores de elevada sintomatologia somática (87,5%, N = 28), enquanto que na população normativa 56,2% (N = 18) apresentaram valores indicadores de baixa sintomatologia somática. Tais resultados estão associados a um aumento da incidência de alterações endocrinológicas, artrite de mãos e joelhos, doenças de vesícula biliar, apnéia do sono, alterações dos lípidos sanguíneos, alterações da coagulação, alguns tipos de neoplasias, dor na coluna lombar, joelho e tornozelo/pé (Bray, 1996;

Björntorp, 1998; Kissebah *et al.*, 1998; Lean & Hankey, 1998; Seidell, 1998; Van Gaal & Mertens, 1998; Khaodhiar & Blackburn, 2001). Lecerf *et al.* (1996) do Serviço de Nutrição da Universidade de Lille (França), fizeram uma avaliação de todo o país, ou seja, 18 102 pacientes com índice de massa corporal IMC > 25 kg/m², sendo 66,8% mulheres e 33,2% homens, com idade média de 48,0 anos (variando de 34 a 62 anos) e IMC médio de 34,6 (variando de 28,5 a 40,7), sem diferenças acentuadas entre os dois sexos. As queixas mais frequentes eram dor na coluna (44,6%), hipertensão (44,2%), colesterol alto (39,9%), artrose no joelho (30,8%), edema nas pernas (24,3%), suores exagerados (23,8%), micose nas dobras da pele (22,8%) e diabetes (21,6%).

No factor obsessão a população obesa apresentou na grande maioria valores indicadores de elevados níveis de obsessão (81,2%, N = 26), relativamente à população normativa que por sua vez apresentou maioritariamente valores indicadores de baixos níveis de obsessão (68,8%, N = 22). As mulheres obesas focalizam-se mais em pensamentos, impulsos e acções que são experienciados como repetitivos e irresistíveis sendo de natureza indesejável acabando por manifestar dificuldades de concentração (Derogatis, 1994).

No factor sensibilidade interpessoal a população obesa apresentou na sua grande maioria valores indicadores de elevados níveis de sensibilidade interpessoal (84,4%, N = 27), comparativamente com 75% (N = 24) da população normativa que apresentou valores indicadores de baixos níveis de sensibilidade interpessoal. Tais resultados explicam o facto da população obesa apresentar desconforto nas interações interpessoais, evitando muitas vezes o contacto social (Silva *et al.* 2006; Felipe & Santos, 2004; Cordas & Ascencio, 2006). Focalizam-se em sentimentos de inadequação e inferioridade, especialmente quando se comparam com as outras pessoas (Derogatis, 1994). Manifestam auto depreciação, falta de auto confiança (Derogatis, 1994).

No factor depressão verificou-se que a população obesa apresentou na sua maioria valores indicadores de elevada sintomatologia depressiva (84,4%, N = 27), comparativamente com 56,2% (N = 18) da população normativa que apresentou valores indicadores de baixa sintomatologia depressiva. Esta incidência de maiores indicadores de depressão traduz-se em sinais de retraimento, baixo interesse na vida, falta de motivação e falta de energia vital (Derogatis, 1994).

No que se refere ao factor ansiedade neste estudo apuramos que a população obesa a sua maioria apresentou valores indicadores de elevada sintomatologia ansiógena (78,1%, N = 25), relativamente à população normativa que na sua maioria apresentou valores indicadores de baixa sintomatologia ansiógena (65,6%, N = 21). Estes resultados vão ao encontro dos que foram apurados por Bray (1992) e Wadden e Stunkard (1993) que mencionam que a população obesa que procura tratamento

experiência uma elevada prevalência de sintomas psicológicos, como sintomas ansiosos, alimentares e depressivos.

Por sua vez no factor hostilidade constatamos que a população obesa apresentou maioritariamente valores indicadores de elevado nível de hostilidade (81,2%, N = 26), enquanto que a população normativa apresentou maioritariamente valores indicadores de baixo nível de hostilidade (75%, N = 24). Podemos assim referir que a população obesa vivencia com muito mais intensidade irritabilidade e ressentimento (Derogatis, 1994).

No factor ansiedade fóbica, apuramos que na população obesa metade das mulheres apresentou valores indicadores de elevada sintomatologia fóbica (75%, N = 24), enquanto que na população normativa maioritariamente das mulheres apresentaram valores indicadores de baixa sintomatologia fóbica (78,1%, N = 25). A população normativa não vivência tanto respostas persistente de medo dirigida a uma pessoa específica, lugar, objecto ou situação, que é irracional e desproporcional ao estímulo levando a comportamentos de fuga comparativamente às mulheres obesas (Derogatis, 1994).

No que se refere ao factor ideação paranóide verificamos que na população obesa a maioria apresentou valores indicadores de elevados níveis de ideação paranóide (78,1%, N = 25), comparativamente com 75% (N = 24) da população normativa que apresentou valores indicadores de baixos níveis de ideação suicida. Assim as mulheres obesas manifestam maior desconfiança e medo de perder a autonomia (Derogatis, 1994).

Por fim, no factor psicoticismo, averiguamos que na população obesa a grande maioria apresentou valores indicadores de elevados níveis de psicoticismo (84,4%, N =27), relativamente a 68,8% (N=22) da população normativa que apresentou valores indicadores de baixos níveis de psicoticismo. Estes resultados são reforçados pelo que foi anteriormente referido no que respeita às mulheres obesas tenderem mais ao isolamento e afastamento (Derogatis, 1994).

Deste modo, confirmamos a H 5 (Há diferenças estatisticamente significativas entre incidência de indicadores maior sintomatologia psicopatológica nas mulheres obesas comparativamente com as mulheres normativas da amostra), uma vez que a população obesa em todos os factores pontuou incidência de sintomatologia psicopatológica.

Os resultados supramencionados vão ao encontro do estudo de Ferreira e colaboradores que em 1995 utilizaram a SCL-90 no serviço de endocrinologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa para avaliar senhoras com excesso de peso recente e senhoras normativas comparando o mesmo com medidas endócrinas. Os resultados indicaram que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em relação a todos os sintomas do SCL-90.

Tendo como base as análises Teste – T verificaram-se diferenças estatísticas bastante significativas no que se refere à sintomatologia depressiva (IACLIDE) ($t = 6,705$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), sintomas biológicos (IACLIDE) ($t = 7,429$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), sintomas cognitivos (IACLIDE) ($t = 6,107$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), sintomas interpessoais ($t = 4,026$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), sintomas desempenho de tarefa (IACLIDE) ($t = 5,192$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), incapacidade para a vida em geral ($t = 6,264$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), incapacidade para a vida social ($t = 6,421$; $p < 0,05$; $p = 0,000$), incapacidade para a vida familiar ($t = 5,246$; $p < 0,05$; $p = 0,000$) e auto-estima ($t = - 5,735$; $p < 0,05$; $p = 0,000$).

Por sua vez, no que se refere ao SCL-90 também se apuraram diferenças estatísticas bastante significativas (quadro 8) nos factores somatização ($t = 6,029$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); obsessão ($t = 6,365$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); sensibilidade interpessoal ($t = 7,857$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); depressão ($t = 8,033$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); ansiedade ($t = 7,786$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); hostilidade ($t = 7,360$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); ansiedade fóbica ($t = 4,945$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); ideação paranóide ($t = 6,608$; $p < 0,05$; $p = 0,000$); e psicoticismo ($t = 6,554$; $p < 0,05$; $p = 0,000$).

No que se refere ao Inventário Clínico de Auto-Conceito constataram-se diferenças estatísticas bastante significativas no total ($t = - 4,122$; $p < 0,05$; $p = 0,000$) e na aceitação – rejeição social ($t = - 3530$; $p < 0,05$; $p = 0,001$). Não existindo diferenças estatísticas significativas no que concerne à auto-eficácia, maturidade psicológica – auto-afirmação e impulsividade e actividade.

Importa ainda referir que foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a depressão e a auto-estima (correlação negativa), depressão e auto-conceito (correlação negativa), depressão e sintomas psicopatológicos (correlação positiva), auto-estima e auto-conceito (correlação positiva), auto-estima e sintomas psicopatológicos (correlação negativa) e auto-conceito e sintomas psicopatológicos (Correlação negativa).

Após a análise dos resultados obtidos concluímos que a população obesa apresenta maior predisposição para manifestar sintomatologia depressiva e sintomas psicopatológicos. Por sua vez, a obesidade faz com que a população nomeadamente as mulheres apresentem diminuição da auto-estima e do auto-conceito.

No enquadramento social das sociedades actuais e modernas, a beleza física é muito valorizada e surge intimamente ligada a um ideal de corpo magro, firme e esbelto (Silva et al 2006; Felipe & Santos, 2004; Cordas & Ascencio, 2006). Tal panorama produz no obeso, uma pressão social incómoda e uma sensação de inadequação e sentimentos de menos valia perante os padrões sociais vigentes, que poderá provocar dificuldades relacionais e, muitas vezes, um evitamento do contacto social e da realização de algumas tarefas quotidianas indispensáveis (Silva et al 2006; Felipe &

Santos, 2004; Cordas & Ascencio, 2006). Esta sensação de inadequação acompanhada de sentimentos de menos valia e de uma fuga ao social, veiculada pelo isolamento, está muitas vezes na origem de dificuldades relacionais, quer de carácter sócio-profissional, quer de carácter familiar (Silva et al 2006; Felipe & Santos, 2004; Cordas & Ascencio, 2006).

Assim no que se refere ao tratamento desta patologia destacamos a mudança dos hábitos alimentares, a medicação, a dieta, a actividade física ou mesmo a cirurgia (Pollock & Wilmore, 1993). Contudo, o sucesso da terapêutica é frequentemente limitado e transitório, pelo que a prevenção é a maneira mais eficaz de controlar esta verdadeira epidemia (Coelho, Laranjo, Monteiro, Bragança & Carreiro, 2008).

Tendo em vista os factores cognitivos e emocionais associados ao aumento do consumo de alimentos (Foreyt & Goodrick, 1993), a mudança comportamental tem sido usada no tratamento da obesidade. A auto-monitorização faz parte do programa da mudança comportamental e consiste na auto-observação dos factos, sentimentos, pensamentos e atitudes que ocorrem antes, durante e após as tentativas de manter um comportamento prudente ao alimentar-se e na prática de exercícios físicos (Foreyt & Goodrick, 1993). Segundo Atkinson *et al.* (1992), os componentes de um programa de mudança comportamental incluem: educação sobre a etiologia e a fisiopatologia da obesidade; educação alimentar, nutricional e novas técnicas dietéticas; educação através da fisiologia do exercício, estratégias, técnicas e monitorização da actividade física; conhecimento de estratégias para evitar o ganho de gordura novamente; apoio familiar, social e acompanhamento por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde.

Para além de se delinear estratégias de intervenção eficazes também é necessário acabar com a presença de atitudes e estereótipos negativos em relação à obesidade por parte de médicos e demais profissionais de saúde. Além do primeiro aspecto, há outros aspectos de grande importância: a percepção dessas atitudes e desses estereótipos por parte do paciente obeso faz com que ele não procure ajuda adequada à sua condição; os médicos podem estar menos interessados em tratar de pacientes com excesso de peso, acreditando que são pessoas com pouca força de vontade e que menos provavelmente se beneficiarão de aconselhamento (WHO, 1997). Wadden e Stunkard citam um estudo no qual 80% dos pacientes de cirurgia bariátrica relataram ter sido sempre ou quase sempre tratados desrespeitosamente pela classe médica devido ao excesso de peso (Wadden e Stunkard, 1993).

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas. “

CAPITULO 5 – CONCLUSÕES

CAPITULO 5 – CONCLUSÕES

Chegado o momento de encerrar o nosso trabalho, parece-nos importante tecermos algumas considerações sobre o percurso que realizamos, desde o desenho metodológico até ao produto final.

O processo de investigação, principalmente o que decorre no contexto das Ciências Sociais e Humanas, é um universo interminável de perguntas, das quais apenas conseguimos responder a uma pequena parte.

Como investigadores, sentimo-nos participantes activos na procura do saber, contudo somos também objecto de estudo.

Deste modo as Ciências Humanas, em particular, a Psicologia e, a um nível mais específico, a Psicologia Clínica constitui o domínio do conhecimento onde desenvolvemos a nossa actividade profissional quotidiana, tendo sido, também, a base teórica do presente estudo.

Assim sendo, com o presente estudo chegamos às seguintes conclusões:

- A população obesa apresenta de facto incidência de maiores indicadores de sintomatologia depressiva comparativamente com a população normativa;

- A população obesa manifesta indicadores de maior incidência de sintomas clinicamente significativos causados pela depressão em relação às mulheres normativas da amostra. Nomeadamente no que se refere aos sintomas biológicos. Sendo que nos sintomas cognitivos, interpessoais e desempenho da tarefa ambas as populações apresentam sintomas normativos;

- A população obesa manifesta indicadores de maiores incapacidades clinicamente significativas causadas pela depressão comparativamente com as mulheres normativas. Sendo que nas incapacidades para a vida geral e familiar a população obesa não se encontra de modo algum incapacitada, nas incapacidades para o trabalho encontra-se ligeiramente incapacitada e nas incapacidades para a vida social moderadamente incapacitada. Contrastando com a população normativa que em todas as incapacidades refere que se encontra de modo algum incapacitada;

- A população obesa apresenta indicadores de menor auto-estima comparativamente com as mulheres normativas da amostra;

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas. “

- A população obesa manifesta incidência de maior sintomatologia psicopatológica comparativamente com as mulheres normativas da amostra. No que se refere a todas os factores do SCL-90, ou seja, somatização, obsessão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideias paranóides e psicoticismo;

- A população obesa demonstra indicadores de menor auto-conceito relativamente às mulheres normativas da amostra. Ao passo que a população obesa também refere que tem baixa auto-eficácia e baixa impulsividade e actividade. Contudo demonstram ter elevada maturidade psicológica e auto-afirmação e oscilam entre elevada e baixa aceitação/rejeição social.

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas.”

CAPITULO 6 – REFLEXÃO FINAL

CAPITULO 6 – REFLEXÃO FINAL

A nossa experiência clínica, como psicoterapeutas, diz-nos que muito há a fazer pelos nossos doentes. É nosso direito, mas também nosso dever, saber mais e melhor para cumprir esse objectivo. Somos da opinião de que a prática, obtida no dia-a-dia, será, certamente, enriquecida com a contribuição da investigação na área do diagnóstico e terapêutica das doenças mentais. O estudo de que, presentemente, somos autores, propõe-se integrar essa contribuição.

Muito foi feito de facto, mas também muito ainda há para fazer, assim não podíamos de modo algum terminar o presente trabalho sem deixar algumas sugestões para os futuros investigadores desta temática, bem como reconhecer algumas limitações:

- O tamanho da nossa amostra de facto não é representativo da população, contudo foi nosso objectivo principal investigar o grupo de mulheres obesas com as quais a investigadora do presente trabalho teve o privilégio de poder acompanhar no grupo de apoio psicoterapêutico que estavam a frequentar;

- Seria uma mais valia para futuros trabalhos poder verificar se as conclusões às quais nós chegamos, também se constata com uma amostra masculina e de outra faixa etária (crianças/adolescentes e idosos);

- Aplicação dos mesmos instrumentos findado o grupo de apoio psicoterapêutico das mulheres obesas também seria uma sugestão bastante interessante, para ver se existem diferenças estatisticamente significativas depois das mulheres obesas usufruírem de um apoio psicológico. Apesar do mesmo não ter sido feito a investigadora devido ao contacto frequente que teve com as mulheres obesas pode-se aperceber indirectamente das suas melhorias (através dos auto-relatos) no que respeita aos níveis de ansiedade, auto-conceito e auto-estima;

- Avaliação da qualidade de vida, bem-estar, personalidade entre outras dimensões também achávamos que seria um contributo bastante importante para cada vez compreendermos melhor a obesidade e posteriormente intervirmos mais e melhor.

BIBLIOGRAFIA

Abraham, S.; Carrol, M., Najjar, M. & Fulwood, R. (1983). Obese and Overweight Adults in the United States. *Vital Health Stat 11* (230): 1-93.

Alfermann, D. & Stool, O (2000). Effects of Physical Exercise on Self-Concept and Well-Being. *International Journal of Sport Psychology*, 30, 47-65.

Almeida, G., Loureiro, S., & Santos, J. (2002). A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas avaliada através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.15 (2), pp. 283 – 292. São Paulo.

Almeida, L., Simões, M., Gonçalves, M. (1995). *Provas Psicológicas em Portugal*. APPORT. Braga.

Amaral, A. (1997). Alterações Circadianas na Depressão. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

APA, American Psychiatry Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª Edição*, Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editores. (Título da edição original: Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders – Fourth edition, Text Revision, 2000).

Arndt, W. (1974). *Theories of personality*. MacMillan. New York.

Atkinson, R. (1992). *Atkins' New Diet Revolution*. Avon Books: New York.

Barlow, S. (1999). Obesity evaluation and treatment. *Expert Committee Recommendations Pediatrics*.102(3):E29.

Beck, A.(1983). *Cognitive Therapy of Depression: New Perspectives*. New York

Beck, A. (1987). *Depression: causes and treatment*. University of Pennsylvania Press. Philadelphia.

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas. “

Beck A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. New York.

Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*.18 (1): 85-93. Campinas.

Bjorntorp, P. (1998) *Etiology of the Metabolic Syndrome*. Marcel Dekker, pp.573-600, 1998. New York.

Boyd, J. & Weissman, M. (1981). Epidemiology of Affective Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1039-1046 cit in Vaz-Serra, A. (1990). *A Depressão na Prática Clínica*. Cadernos da Depressão. Um Serviço à Profissão Médica. Porto.

Bray, G. (1992). Drug Treatment of Obesity. *Am J Clin Nutr* 55: 538S-544S.

Bray, G. (1996). Health Hazards of Obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am* 25(4): 907-19.

Brito, C, Bystronski, D. & Mombach, k. (2005). Obesidade: Terapia Cognitivo-Comportamental. Projecto Directrizes. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*.

Brownell, K., Wadden, T. A (2002) Etiology and Treatment of Obesity: Understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology cit in Silva et al (2006)*. Obesidade e Qualidade de Vida. *Acta médica Portuguesa*.19: 247 – 250. Lisboa.

Byrne, B. (1984). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54, 427-456.

Coelho, R., Sousa, S., Laranjo, M., Monteiro, A., Bragança, G. & Carreiro, H. (2008). Excesso de peso e obesidade: prevenção na escola. *Acta Médica Portuguesa*. 21: 341 – 344.

Cordas, T. & Ascencio R. (2006). Tratamento Comportamental da Obesidade. *Einstein*. Supl 1:S44-S48. Brasil.

“Estudo de caso controle emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas.”

Coopersmith, S. (1967). *Coopersmith Self-Esteem Inventory*. CA: Consulting Psychologists Press. Palo Alto.

Derogatis, L. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Administration, Scoring and Procedures* (3ª Ed.). Minneapolis: National Computer Systems. U.S.A.

Dobrow, I, Kamenetz, C. & Devlin, M. (2002). Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (supl III): 63- 7. Nova Iorque.

Domingos, A. *et al* (1987): *Uma forma de estrutura e ensino aprendizagem*. Livros Horizontes: Lisboa.

Dyer, R. (1994). Traditional treatment of obesity: does it work? *Baillieres Clinical Endocrinology and Metabolism*. London.

Eliaschewitz, F., Valente, O., Marquetti, L., Cohn, K. & Cukier, R. (1988). Obesidade. *Ars. Curandi.*, 21(1), 16-17, 20-22

Felippe, F. & Santos, A. (2004). Novas demandas profissionais: obesidade em foco. *Revista da ADPPUCRS*. Nº. 5, p. 63-70. Porto Alegre.

Firmino, H., Santos, G. & Marques, A. (1990). *Distúrbios Afectivos*. Laboratórios Azevedos: Lisboa.

Fisberg, M. (2006). Obesidade na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Educação Física Especial*. Vol. 10, pp.163-164, supl. 5. São Paulo.

Fitts, W. (1972). *The self-concept and psychopathology – monograph*. National Technical Information Service, U.S.A.

Fleming, J. & Courtney, B. (1984). The dimensionality of self-esteem: Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (2), 404-421.

Fontaine, A. (1991). Desenvolvimento do conceito de si próprio e realização escolar na adolescência. *Psychologica*, 5, 13-31.

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas. “

Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.

Fox, R. (1998). *Advances in measurement of the Physical Self*. In: J.L.Duda (Ed.), *Advances in Sport and Exercise Psychology measurement* (pp.295-310), Morgantown: Fitness Information Technology.

Francischi, R., Pereira, L., Freitas, C. *et al.* (2000) Obesidade: actualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*. Vol. 13, no.1, p.17-28 *cit in* Keppe, M. (2005). Acompanhamento psicanalítico do paciente com sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida. *Revista de Transpsicanálise*. São Paulo.

Freudenberg, H. (1974): Burn-out institutionnel. *Annales Médico - Psychologiques*, 143, (7), 646-651.)

Friedman, M. & Brownell, K. (1995). Psychological correlats of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*.

Guedes, E., Carrado, L., Godoy-Matos, A. & Lopes, A. (2005). Obesidade: etiologia. Projecto Directrizes. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*.

Gobitta, M. e Guzzo R. (2002). Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI) – Forma A. *Psicologia Reflexiva Critica*. v.15, no.1, Porto Alegre.

Godoy-Matos, A. & Oliveira, J. (2004). Sobrepeso e Obesidade: Diagnóstico. *Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia*.

Goldsmith, S., Anger-Friedfeld, K., Beren, S., Boeck, M. & Aronne, L. (1992). Psychiatric illness in patients presenting for obesity treatment. *Int J Eat Dis*.

Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J. & Clark, D. (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*. (Oxford Medical Publications). Oxford University Press.

Helmchen, H. (1993). The Expression of Depressive Illness. *WPA Teaching Bulletin on Depression*, World Psychiatric Association.

“Estudo de caso controle emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas.”

Hill J. & Peters J. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*. 280:1371-4 *cit in* Dobrow, I, Kamenetz, C. & Devlin, M. (2002). Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (supl III): 63- 7. Nova Iorque.

Ingran, H. (1976). Psychoanalytic treatment of the obese person. *American Journal of Psychoanalysis*, 36 (1), 35-41.

Kaplan, H. & Sadock, B. (1995). *Medicina psiquiátrica de emergência*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Karlsson J., Sjostrom L. & Sullivan, M. (1993). Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity*.17: 503-512.

Keppe, M. (2005). Acompanhamento psicanalítico do paciente com sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida. *Revista de Transpsicanálise*. São Paulo.

Kluther, R. & Schubert, A. (1985). Obesity in Europe. *Ann Int Med*. 103: 1043-7.

Laloni, D. (2001). *Escala de avaliação de sintomas – 90 – R, SCL – 90 – R: Adaptação, Precisão e Validade*. Tese de Pós – graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.

Lecerf (1996). Obesidade e articulações. *Revista de Atualização Médica*, Presse Med., v. 32, n. 15, p. 689-695.

Maddi S., Khoshaba D., Persico, M., Bleecker, F. & VanArsdall, G. (1997). Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obes Surg*. 7:397-404 *cit in* Dobrow, I, Kamenetz, C. & Devlin, M. (2002). Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (supl III): 63- 7. Nova Iorque.

Marinho, S., Martins, I., Oliveira, D. & Araújo, E. (2007). Obesidade e baixa estatura: Estado nutricional de indivíduos da mesma família. *Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano*.

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas. “

Marsh, H. & Jackson, S. (1986). Multidimensional self-concepts, masculinity and femininity as a function of women's involvement in athletics. *Sex Roles*, 15, 391-415.

Marsh, H., Richards, G. & Barnes, J. (1986). Multidimensional self-concepts: A long term follow-up of the effect of participation in an Outward Bound program. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12, 475-492.

Monteiro, C., Mondili, L., Souza, A., Popkin, B. (1995) *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. Hucitec: São Paulo.

Montgomery, S. (1995). *Ansiedade e Depressão*. 2ª Edição. Climepsi Editores: Lisboa.

Nobre, E., 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.

Nunes, M., Apolinário, J., Abuchaim, A., Coutinho, W. e cols. (1998). *Transtornos alimentares e obesidade*. Artmed. Porto Alegre cit in Vasques, F., Martins, F. & Azevedo, A. (2004). Aspectos Psiquiátricos no Tratamento da Obesidade”. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 31 (4); 195-198. São Paulo.

Odgen, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Climepsi. Lisboa.

Okazaki, F. (2005). Estudo da relação da auto-estima com o estresse pré-competitivo e performance do atleta de voleibol feminino de alto rendimento. *Universidade Federal do Panamá*. Curitiba.

Paykel, E. (1991). Epidemiology and Prognosis of Depression. *Biological Psychiatry*. Editors. Elsevier Science Publishers B.V.

Pelicier, Y. (1993). The Strange Malaise We Call Depression. *WPA Teaching Bulletin on Depression*, World Psychiatric Association.

Pizzinato, V. (1992). *Obesidade Infantil: processo psicossomático evolutivo*. Sarvier: São Paulo cit in Almeida, G., Loureiro, S., & Santos, J. (2002). A Imagem

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas.”

Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas avaliada através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.15 (2), pp. 283 – 292. São Paulo.

Plataforma Contra a Obesidade do Direcção Geral de Saúde. Internet – acedido em Janeiro de 2010 em www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt.

Polít, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 3^a edição. Artes Médicas. Porto Alegre.

Pollock, M. & Wilmore, J.(1993). Exercícios na Saúde e na Doença. *Medsí*. Rio de Janeiro.

Popkin, B. & Doak, C. (1998). The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. *Rev.56 Nutr* (4): 106-14 *cit in* Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*.18 (1): 85-93. Campinas.

Ramalheira, C. (2003). Dados Epidemiológicos Mais Salientes das Perturbações Depressivas *cit in* Vaz-Serra (Coord.), *Medicina – Temas Actuais: Depressão*. Atral-Cipan.

Rush, A., & Giles, A. (1982). The Polysomnogram (PSG) as a Vulnerability Marker for Depression. *Biological Psychiatry*, Editors. Elsevier Science Publishers B.V. *cit in* Vaz-Serra, A. (1989). Abordagem Cognitivo-comportamental da Depressão. *Psiquiatria Clínica*, 10, 2, 71-78.

Russel, R. (1997). Changing Narrative Schemas in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 3, 344-354.

Shavelson, R., & Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3-17.

Shavelson, R., Hubner, J., & Stanton, G. (1976). Self-concept: Validation if construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-411.

Silva, J. (1993). Editorial. WPA Teaching Bulletin on Depression, *World Psychiatric Association*.

“Estudo de caso controlo emparelhado da depressão, sintomas psicopatológicos, auto-estima e auto-conceito em mulheres obesas e normativas. “

Silva et al (2006). Obesidade e Qualidade de Vida. *Acta médica Portuguesa*.19: 247 – 250. Lisboa.

Sjostrom, L. (1993). Impacts of Body Weight, Body Composition, and Adipose Tissue Distribution on Morbidity and Mortality.

Tosetto, A. & Júnior, C. (2008). *Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias*. Medicina. Ribeirão Preto.

Vaz Serra (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2, 101-110.

Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE – Inventário de depressão clínica da depressão*. Edição Psiquiatria Clínica. Coimbra.

Vaz Serra, A.(Coord.) (2003). *Medicina – Temas Actuais: Depressão*. Atral-Cipan.

Wadden, A., Sternberg, J. (1989). Treatment of obesity by very low calorie diet, behaviour therapy, and their combination: a five-year perspective. *Int J Obes*;13(suppl. 2):39–46.

Weiss, M. (1987). Self-esteem and achievement in children’s sport and physical activity. Champaign, IL: Human Kinetics.

World Health Organization – WHO (1997). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva. Cit in Almeida, G., Loureiro, S., & Santos, J. (2002). A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas avaliada através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.15 (2), pp. 283 – 292. São Paulo.