



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

A importância do peso corporal no bem-estar psicoemocional e na Satisfação e Comunicação Sexual

Bárbara da Silva Carvalho

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

Orientador: Professor Doutor Henrique Pereira
Coorientadora: Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas

Covilhã, outubro de 2012





Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor Henrique Pereira e Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas apresentada à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, registado na DGES sob o 9463.





Dedicatória

Aos meus pais,

Obrigada...

Obrigada por estarem sempre por perto,

Obrigada por todo o amor que sentem por mim,

Obrigada pela disponibilidade para qualquer conversa,

Obrigada por todos os ensinamentos ao longo da minha ainda curta vida,

Obrigada por inculcarem o sentido de responsabilidade, honestidade e humildade em mim,

Obrigada por sempre acreditarem em mim, me darem força mesmo quando a minha quase desaparece,

Obrigada por sempre me terem feito acreditar que aquilo que queremos não é para ser deixado ao lixo com facilidade, por persistir nos meus sonhos, mesmo quando isso implica desistirem ou adiarem os vossos,

Obrigada por todos os esforços que têm feito, para que esses sonhos sejam alcançados,

Obrigada por me fazerem sentir todos os dias que me amam,

Amo-vos muito.

Quanto mais aumenta o nosso conhecimento, mais evidente fica a nossa ignorância -

J.F.Kennedy





Resumo

A prevalência da obesidade nos dias de hoje é considerada como uma epidemia mundial, temendo-se que em 2025, cerca de metade da população mundial venha a sofrer de obesidade. Sabendo que a obesidade se encontra associada à redução da saúde mental, verifica-se também que influencia negativamente o interesse e a atividade sexual. A presente investigação possui como objetivo principal a análise da importância do peso corporal nas variáveis psicoemocionais, nomeadamente na ansiedade, depressão e stresse, na satisfação e comunicação sexual diádica. Para o efeito, foi utilizada a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), a Escala de Satisfação Sexual (Stulhofer, Busko, & Brouillard, 2010) e por último, a Escala de Comunicação Sexual Diádica (Catania, 1998), estes instrumentos foram aplicados a 335 participantes (88 do género masculino e 247 de género feminino) com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos.

Considera-se importante sublinhar que nesta amostra são os participantes com maior IMC (Índice Massa Corporal) que vêm refletidos piores desempenhos, tanto a nível das variáveis psicoemocionais, como também nas variáveis referentes à sexualidade. É também o género feminino que evidencia maiores níveis de ansiedade, depressão e stresse, em contrapartida é o género masculino que pontua mais na satisfação sexual e menos na comunicação sexual.

Observou-se ainda que quando a satisfação sexual se encontra aumentada, a ansiedade, depressão e stresse apresenta-se reduzida, verificando-se o mesmo no que se refere à comunicação sexual. Observou-se uma relação positiva entre a satisfação e a comunicação sexual.

Palavras-chave

Obesidade; sexualidade; ansiedade; depressão; stresse; satisfação sexual; comunicação sexual diádica.





Abstract

Obesity in modern times is now considered as a world epidemic, predictions indicate that in 2025, about half of the world population will suffer of obesity. It is known that obesity is associated with a reduction of mental health and that it also negatively affects sexual activity and interest.

The main goal of the present investigation is the analysis of the importance of body weight in the psychoemotional variables such as anxiety, depression and stress in sexual satisfaction and sexual dyadic communication. For this purpose the following scales were applied to 335 participants (88 males and 247 females) with ages between 18 and 65 years, the Depression Anxiety Stress Scale (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), the New Sexual Satisfaction Scale (Stulhofer, Busko, & Brouillard, 2010) and the Dyadic Sexual Communication Scale (Catania, 1998).

It is important to emphasize that in the sample of this study the participants with an higher BMI (body mass index) present worse results in both psychoemotional variables and sexual related variables. Also it is verified that female participants present higher levels of anxiety, depression and stress, while male participants score higher in sexual satisfaction but lower in sexual communication.

It was also observed that when sexual satisfaction, or sexual communication, are higher, anxiety, depression and stress present lower levels. There is also a positive relation between sexual satisfaction and sexual communication.

Keywords

Obesity; sexuality; anxiety; depression; stress; sexual satisfaction; dyadic sexual communication.



A importância do peso corporal no bem-estar psicoemocional e na Satisfação e Comunicação Sexual



Agradecimentos

Nenhum trabalho é na realidade obra de uma só pessoa, e este não poderia mesmo ter sido realizado sem o contributo prático, intelectual e emocional de algumas pessoas. Agradeço todo o contributo dado pelo Professor Doutor Henrique Pereira, ajuda esta, prática e útil para perceber todo o trabalho que envolvia a elaboração de uma tese. Agradeço todo o contributo intelectual que me deu em todo o processo, e todo o contributo emocional, quando via que o desânimo se estava a apoderar de mim.

Agradeço à Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas pela possibilidade de inserção no projeto, todo o acompanhamento que foi dando ao longo do ano e por toda a aprendizagem proporcionada, sem ela, a realização deste trabalho não teria sido possível.

Agradeço especialmente aos meus pais e às minhas irmãs pela paciência no decorrer da elaboração deste trabalho, por todos os dias que tinha de ficar a trabalhar mesmo quando o sol raiava, por todo o apoio demonstrado e por nunca me deixarem desistir.

Ao meu namorado, que se tornou um sábio desta temática por tanto apoio dado, tantas dicas de escrita, tanta paciência em me convencer que tudo ia correr bem e acima de tudo por todo o amor que transmite.

Agradeço ainda aos amigos que me apoiaram, em especial à Andreína, colega e amiga que encontrei ao longo deste percurso académico, foi com ela que todos os devaneios, todo o nervosismo, todo o medo de falhar foram apaziguados. Tenho também de agradecer à Sara e à Telma, colegas de projeto, que ajudaram na recolha da amostra, na infundável inserção de dados e das dicas dadas ao longo da análise dos dados.

Por último, não poderia deixar de fazer um agradecimento especial a todas as pessoas que tiveram a disponibilidade e interesse de participar neste estudo, sem eles nada disto teria sido possível.





Índice

Dedicatória	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Agradecimentos	xi
Índice de Tabelas	xv
Lista de acrónimos	xix
1. Introdução	1
1.1 Obesidade	2
1.2 Ansiedade, Depressão e Stresse na Obesidade	5
1.3 Satisfação Sexual e obesidade	9
1.4 Comunicação Sexual Diádica	12
2. Apresentação do estudo	14
2.1 Objetivo geral do estudo	14
2.2 Objetivos Específicos	14
2.3 Tipo de Estudo	15
3. Método	15
3.1 Participantes	16
3.2 Instrumentos	19
3.2.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico	19
3.2.2 Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)	20
3.2.2.1 Análise da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	21
3.2.3 Escala de Satisfação Sexual (NSSS)	23
3.2.3.1 Análise da Escala de Satisfação Sexual (NSSS)	24
3.2.4 Escala de Comunicação Sexual Diádica (DSCS).	26
3.2.4.1 Análise da Escala de Comunicação Sexual Diádica (DSCS)	26
3.3 Procedimento	28
3.4 Análise Estatística	29
4. Resultados	30
5. Discussão de Resultados	46



6. Referências Bibliográficas.....	53
Anexos.....	59
Anexo I: Algumas considerações teóricas	61
Anexo II: Questionário Sociodemográfico e Clínico	75
Anexo III: Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse.....	81
Anexo IV: Escala de Satisfação Sexual	85
Anexo V: Escala de Comunicação Sexual Diádica	89
Anexo VI: Consentimento Informado	93
Anexo VII: Tabelas totais.....	95



Índice de Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes: Género.....	16
Tabela 2: Características sociodemográficas dos participantes: Idade.....	16
Tabela 3: Características sociodemográficas dos participantes: estado civil.....	16
Tabela 4: Características sociodemográficas dos participantes: Nível de ensino.....	17
Tabela 5: Características sociodemográficas dos participantes: IMC.....	18
Tabela 6: Estatística de Fiabilidade da EADS-21 para 21 itens.....	21
Tabela 7: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett para EADS-21.....	21
Tabela 8: Carga dos itens nos componentes para uma solução de três dimensões.....	22
Tabela 9: Resumo da solução fatorial rodada: 21 itens do EADS-21.....	23
Tabela 10: Estatística de Fiabilidade da Escala de Satisfação Sexual para 20 itens.....	24
Tabela 11: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett para a Escala de Satisfação Sexual (20 itens).....	24
Tabela 13: Resumo da solução fatorial rodada: 20 itens da Escala de Satisfação Sexual.....	25
Tabela 14: Estatística de Fiabilidade da Escala de Satisfação Sexual para 20 itens.....	26
Tabela 15: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett para a Escala de Comunicação Sexual Diádica (13 itens).....	27
Tabela 16: Carga dos itens nos componentes para uma solução de três dimensões.....	27
Tabela 17: Resumo da solução fatorial rodada:13 itens da Escala de Comunicação Sexual Diádica.....	28
Tabela 18: Resultados da comparação entre os níveis de depressão em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.....	31
Tabela 19: Resultados da comparação entre os níveis de ansiedade em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.....	31
Tabela 20: Resultados da comparação entre os níveis de stresse em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.....	31
Tabela 21: Resultados da comparação entre os níveis de Stresse entre os participantes do género masculino e feminino.....	32
Tabela 22: Resultados da comparação entre os níveis de Ansiedade entre os participantes do género masculino e feminino.....	32
Tabela 23: Resultados da comparação entre os níveis de Depressão entre os participantes do género masculino e feminino.....	32
Tabela 24: Resultados da comparação entre os níveis de Ansiedade relativamente ao estatuto profissional.....	32



Tabela 25: Resultados da comparação entre os níveis de Depressão relativamente ao estatuto profissional.....	33
Tabela 26: Resultados da comparação entre os níveis de Stresse relativamente ao estatuto profissional.....	33
Tabela 27: Resultados da comparação entre os níveis de Depressão relativamente ao nível de escolaridade.....	33
Tabela 28: Resultados da comparação entre os níveis de Ansiedade relativamente ao nível de escolaridade.....	34
Tabela 29: Resultados da comparação entre os níveis de Stresse relativamente ao nível de escolaridade.....	34
Tabela 30: Resultados da comparação entre os níveis de satisfação sexual do foco no parceiro em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.....	34
Tabela 31: Resultados da comparação entre os níveis de satisfação sexual ego-focada em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.....	35
Tabela 32: Resultados da comparação entre os níveis de satisfação sexual de acordo com a satisfação na relação em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.....	35
Tabela 33: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual no foco no parceiro entre os participantes do género masculino e feminino.....	35
Tabela 34: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual entre os participantes do género masculino e feminino na satisfação na relação.....	35
Tabela 35: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual ego-focada entre os participantes do género masculino e feminino.....	36
Tabela 36: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual focada no parceiro entre os participantes de acordo com o estado civil.....	36
Tabela 37: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual referentes à satisfação na relação entre os participantes de acordo com o estado civil.....	37
Tabela 38: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual ego-focada entre os participantes de acordo com o estado civil.....	37
Tabela 39: Resultado da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual ego-focada entre os participantes de acordo com a importância da sexualidade para o equilíbrio pessoal.....	38
Tabela 40: Resultado da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual referentes à satisfação na relação entre os participantes de acordo com a importância da sexualidade para o equilíbrio pessoal.....	38
Tabela 41: Resultado da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual focada no parceiro entre os participantes de acordo com a importância da sexualidade para o equilíbrio pessoal.	38
38.....	42



Tabela 42: Resultados da comparação entre o nível de comunicação sexual diádica no referente às capacidades de comunicação em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.	39
Tabela 43: Resultados da comparação entre o nível de comunicação sexual diádica no referente aos obstáculos à comunicação em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.	39
Tabela 44: Resultados da comparação entre o nível de comunicação sexual diádica no referente à abertura à comunicação em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.	40
Tabela 45: Resultados da comparação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes do género masculino e feminino, no que diz respeito à capacidade de comunicação.	40
Tabela 46: Resultados da comparação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes do género masculino e feminino, no que diz respeito aos obstáculos à comunicação.	40
Tabela 47: Resultados da comparação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes do género masculino e feminino, no que diz respeito à abertura à comunicação.	40
Tabela 48: Resultados da comparação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes de acordo com o estado civil, referente aos obstáculos à comunicação.	41
Tabela 49: Resultados da comparação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes de acordo com o estado civil, referente à capacidade de comunicação.	41
Tabela 50: Resultados da relação entre o grau de Satisfação Sexual e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse (n=335).	43
Tabela 51: Resultados da relação entre o grau de Comunicação Sexual Diádica e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse (n=335).	44
Tabela 52: Resultados da relação entre o grau de Comunicação Sexual Diádica e o nível de Satisfação Sexual (n=335).	46





Lista de acrónimos

- ANOVA - Analysis of Variance
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- DASS - Depression, Anxiety, Stress Scale
- DP - Desvio Padrão
- DSCS - Dyadic Sexual Communication Scale
- DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
- EADS-21 - Escala de Depressão, Ansiedade e Stress
- HSFX - Hospital de São Francisco Xavier
- IMC - Índice de Massa Corporal
- M - Média
- NSSS - New Sexual Satisfaction Scale
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences





1. Introdução

Os estudos referem neste momento histórico, que a obesidade é denominada como uma epidemia mundial, aumentando drasticamente nas últimas décadas, corroborando este aspeto a OMS (Organização Mundial da Saúde) reconhece que a obesidade tem uma prevalência igual ou até mesmo superior à desnutrição e às doenças infecciosas, sendo considerada como a 2^o causa de morte sujeita a prevenção, logo a seguir ao consumo de tabaco. Teme-se que se não forem tomadas medidas drásticas de prevenção a nível mundial com o intuito de reduzir os níveis de obesidade, em 2025 cerca de 50% da população mundial poderá vir a sofrer de obesidade (Dobrow, Kamenetz, & Devlin, 2002; WHO, 2012b).

Além da obesidade se encontrar em grande expansão na sociedade de hoje, também as perturbações psicológicas se tornaram muito características em todo o mundo, estimando-se que cerca de 121 milhões de pessoas no mundo sofram de perturbações depressivas (WHO, 2012a), e do ponto de vista de Klerman & Weismann (1992, citado por Soares, 2009) a depressão poderá ser considerada como um dos mais graves problemas de saúde mental no mundo (Soares, 2009).

Da recolha de literatura feita, os estudos apoiam a hipótese de que a redução da obesidade se encontra diretamente associada com saúde mental, particularmente a ansiedade, depressão e stresse (Torres-Mendoza, Valdivia-Hernández, Flores-Villavicencio, & Vázquez-Valls, 2009).

No entanto, e apesar da existência de diversos estudos que documentem as consequências da obesidade na saúde dos indivíduos, as consequências da mesma na saúde sexual dos sujeitos ainda não se encontram totalmente esclarecidas (Larsen, Wagner, & Heitmann, 2007). Sabendo que a sexualidade e a imagem corporal se encontram intimamente ligadas, sem dúvida que a aparência física é um componente com bastante importância nas experiências sexuais (Woertman & van den Brink, 2012). No que diz respeito à obesidade, alguns autores referem a distorção da imagem corporal, a baixa autoestima, história de abusos sexuais como agravantes para o afastamento de relações de proximidade e intimidade com outros sujeitos, sentindo-se desta forma sexualmente indesejável (Ribeiro, 2008). Vários são os estudos que revelam que o IMC se encontra associado a uma pior qualidade de vida sexual, nomeadamente no que diz respeito à satisfação sexual (Kolotkin et al., 2006). É também aqui inserido um dos fatores que se encontra positivamente relacionado com a satisfação sexual, a comunicação sexual diádica (Brogan, Fiore, & Wrench, 2009).

Após a realização inicial de uma pesquisa de artigos científicos, foram encontrados alguns estudos que abordavam a obesidade e as perturbações psicológicas, no entanto, a obesidade e a sexualidade encontra-se pouco estudada, nomeadamente no que diz respeito à satisfação sexual e à comunicação sexual, daí a pertinência da realização deste estudo, pretendendo-se que este surja com o intuito de contribuir para o conhecimento científico. Assim, a presente investigação tem como objetivo principal a análise da importância do peso corporal nas variáveis psicoemocionais, nomeadamente na ansiedade, depressão e stresse, na satisfação e comunicação sexual diádica.



Importa referir, que esta dissertação e de acordo com o regulamento, se encontra dividida em duas partes, sendo que a primeira é constituída por uma parte empírica onde se encontra exposta o estado da arte acerca da obesidade e sobre a sua influência no bem-estar psicoemocional e posterior referência às implicações da obesidade na satisfação sexual e comunicação sexual diádica. Em seguida, encontra-se apresentado o tipo de estudo, os objetivos gerais e específicos e o método, é neste último tópico onde se encontram caracterizados os participantes e se descrevem os instrumentos utilizados. São também descritos os procedimentos adotados para a concretização deste estudo, explicando ainda os testes estatísticos utilizados na realização do estudo com vista à operacionalização das variáveis. Depois encontram-se apresentados os resultados obtidos, bem como a discussão dos mesmos, expondo algumas considerações finais acerca do estudo, salientando as limitações da investigação e apresentando sugestões para futuros trabalhos. Na segunda parte da dissertação, encontram-se os anexos teóricos e os instrumentos utilizados neste estudo.

1.1 Obesidade

Obesidade é definida como um transtorno de comportamento alimentar refletida num excesso de ingestão de comida comparado com o dispêndio de energia (Dobrow, et al., 2002). É também considerada como uma doença crónica, multicausal e multifatorial que requer esforços continuados com vista ao seu controlo. Indubitável e conseqüentemente a obesidade está associada a problemáticas sociais e psicológicas graves, que afeta todo o tipo de indivíduos no que diz respeito à idade, género e estatuto social (Costa, Ivo, Cantero, & Tognini, 2008). A obesidade é ainda vista como reflexo de problemas económicos e culturais, experienciados pelos países desenvolvidos, assim como pelas minorias étnicas nos mesmos países (Costa, et al., 2008). É uma das doenças crónicas que neste momento consegue abarcar pessoas de todo o mundo, de todas as idades, de ambos os géneros e vista como sendo uma das principais causas de mortalidade e morbidade (Baile & González, 2011). De acordo com Lamertz et al. (2002, citado por Figueiredo, 2009) a obesidade além de estar interligada com os diversos problemas de saúde, com taxas elevadas de morbidade e mortalidade como foi anteriormente referido, também está fortemente associada a graves penalizações sociais, discriminação tanto na vida social, como a nível laboral (Figueiredo, 2009).

Dobrow e colaboradores (2002), referem que na actualidade a obesidade é denominada como uma epidemia mundial, aumentando drasticamente nas últimas décadas, corroborando este aspeto a OMS reconhece que a obesidade tem uma prevalência igual ou até mesmo superior à desnutrição e às doenças infecciosas, sendo considerada como a 2º causa de morte sujeita a prevenção, logo a seguir ao consumo de tabaco, e tendo em conta a maior oferta na sociedade atual na utilização de ginásios, verifica-se um aumento significativo das taxas de sedentarismo. Além disso, nos tempos que correm verifica-se um aumento de ingestão de alimentos supercalóricos, ou



seja, o output da energia encontra-se conseqüentemente diminuído. Teme-se que se não forem tomadas medidas drásticas de prevenção a nível mundial com o intuito de reduzir os níveis de obesidade, em 2025 cerca de 50% da população mundial poderá sofrer de obesidade (WHO, 2012b).

No entanto, não se pode atribuir a culpa dos ganhos de peso só e unicamente aos momentos sedentários que cada individuo tem, como também não pode ser atribuída ao consumo cada vez mais frequente de comidas rápidas e com fracos contributos proteicos, pode sim, ser atribuída esta suposta culpa a um conjunto de condições, incluindo fatores genéticos, físicos, sociais e comportamentais (Amaral & Pereira, 2008). Como é abordado pela OMS (2005), os fatores genéticos determinam a vulnerabilidade do individuo tanto para o excesso de peso, como para a obesidade quando são confrontados com determinados fatores ambientais (Saúde, 2005). As influências do meio ambiente familiar também são excelentes contributos para o aumento de peso, verificando-se na literatura que o tipo de alimentação e os diversos comportamentos alimentares das crianças está fortemente interligado com os progenitores (Amaral & Pereira, 2008).

Os doentes obesos estão sujeitos a uma panóplia de diferentes comorbidades, nomeadamente as doenças cardíacas coronárias, a diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipertensão arterial, apneia do sono e as doenças articulares (Mariath et al., 2007). Está também associada a perturbações psiquiátricas, especialmente depressão, ansiedade, perturbação de personalidade borderline (Baile & González, 2011).

Existem dois sub-grupos diferentes de caracterização morfológica da obesidade, a obesidade do tipo ginóide e a obesidade do tipo androide. A obesidade de tipo ginóide, também conhecida como a obesidade tipo pera, ou seja em que a gordura se encontra distribuída sobretudo pela região das coxas, ancas e nádegas, característica principal do género feminino. A obesidade androide, na gíria conhecida como de tipo maçã, mais visualizada no género masculino, distribuindo a gordura mais pela zona abdominal. Mais associada a comorbidades metabólicas como a hipertensão artérias, as doenças cardíacas, apneia do sono, dislipidemias, encontra-se a obesidade de tipo androide. Por sua vez a obesidade de tipo ginóide está também ela, associada a alterações circulatórias e hormonais (Amaral & Pereira, 2008).

Para a OMS o sobrepeso e a obesidade são definidos como a anormal ou excessiva acumulação de gordura com vista a prejudicar a saúde, a OMS adotou o IMC (Índice de Massa Corporal) como medida simples, barata, não invasiva e de simples utilização e comumente utilizada como forma de classificação do sobrepeso e obesidade nos adultos. O IMC é determinado pela divisão do peso do individuo pelo quadrado da sua altura, onde o peso se apresenta em quilogramas e a altura em metros. Sendo que todos os valores que se encontram abaixo de 18,5 os indivíduos apresentam-se abaixo de peso, entre 18,6 e 24,9 são considerados saudáveis, entre 25,0 e 29,9 os indivíduos encontram-se com excesso de peso, entre 30,0 e 34,9 apresentam obesidade de grau I, entre 35,0 e 39,9 apresentam obesidade de grau II e todos aqueles que se encontram acima de 40,0 encontram-se com obesidade de grau III, também referenciada como obesidade mórbida (WHO, 2012b).



A circunferência abdominal, também pode ser utilizada como medida para avaliação da obesidade e principalmente muito importante para o diagnóstico da obesidade androide, logo, está relacionada com a quantidade de gordura intra-abdominal. O cálculo é feito pela divisão entre a medida da cintura e a anca. Os valores de referência do perímetro da cintura para a avaliação do risco de comorbilidades, são no género masculino, de 94 a 102cm correspondente a risco elevado, acima de 102cm, alto risco. No género feminino, de 80 a 88cm existe elevado risco de comorbilidades, acima de 88cm está presente um alto risco de presença de doenças associadas com a obesidade (Amaral & Pereira, 2008).

Como forma mais eficaz de tratamento, visto que a obesidade não tem ainda prevista a cura, o acompanhamento multidisciplinar periódico no pós e pré-operatório da cirurgia bariátrica tem um impacto significativo na redução de peso destes doentes, está a falar-se de uma equipa constituída por cirurgião, endocrinologista, psicólogo, nutricionista e quando necessário psiquiatra, devendo toda a equipa estar direcionada para um único objetivo, que será tanto a perda de peso do doente obeso, como também uma melhoria da qualidade de vida do mesmo, no que concerne uma maior agilidade nas tarefas diárias e também na redução das comorbilidades associadas à obesidade (Costa, et al., 2008). É extremamente importante uma abordagem terapêutica que abranja as dimensões biopsicossociais do individuo, daí a multidisciplinaridade das equipas com o intuito de assegurar o tratamento e a manutenção dos comportamentos a longo prazo (Travado, Pires, Martins, Ventura, & Cunha, 2004). É também de extrema importância tanto para a equipa de técnicos que acompanham o doente, como principalmente para o próprio doente, que exista um forte comprometimento da parte do mesmo na realização de todas as tarefas que lhe são pedidas, o principal membro desta equipa é sem dúvida o doente obeso, que procura tratamento para a sua doença crónica (Costa, et al., 2008). Ultimamente a cirurgia bariátrica, vista muitas vezes como miraculosa entre estes doentes, é de facto o tratamento a longo prazo mais eficaz. Esta visão milagrosa, estas expectativas depositadas pelo doente na cirurgia podem de facto prejudicar imenso o sucesso do tratamento, visto que muitos doentes desresponsabilizam o seu importante e fundamental papel na equipa (Travado, et al., 2004).

Existem diversos tipos de intervenções cirúrgicas, são conhecidos os procedimentos restritivos, ou seja, limitam a capacidade do estômago de receber comida (Banda Gástrica e Gastroplastia Vertical Calibrada - Sleeve), os procedimentos de má absorção, ou seja, interferem com o processo digestivo (Bypass Intestinal e Derivação Bilio-Pancreatica), e por último, a intervenção mista que combina os dois processos anteriores com o Bypass Gástrico e Switch Duodenal (Bariátrica, 2011).

Num último estudo publicado por Carmo et al. (2008), acerca da prevalência de obesidade em Portugal, denota-se que cerca de metade da população portuguesa sofre de excesso de peso ou obesidade, como seria de esperar, existindo um aumento de obesidade a nível mundial, Portugal também verificou esse aumento significativo passando de 49,6% para 53,6% na ultima década, sendo este aumento mais significativo nos homens (60,2%) do que nas mulheres (47,8%) como também se verificou num estudo semelhante em 1998. De salientar também, no que concerne ao nível do



estatuto socioeconómico e de escolaridade, verifica-se que aqueles que possuem um nível de instrução e um estatuto socioeconómico mais baixo, possuem níveis mais altos de excesso de peso e obesidade. Neste mesmo estudo verificou-se que os indivíduos casados possuem níveis mais altos de excesso de peso e obesidade (Carmo et al., 2008).

Do quarto inquérito nacional de saúde, realizado em 2005/2006, pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e com uma parceria com o Instituto Nacional de Estatística, abrangendo todo o território nacional, obtiveram-se os seguintes resultados acerca da perceção de saúde, no período analisado, 18,6% da população com 18 ou mais anos tinha excesso de peso, estando mais evidenciado nos homens (20,8%) do que nas mulheres (16,6%), por outro lado, 16,5% da população tinha obesidade, 16,9% nas mulheres e 16,0% nos homens, sendo que as proporções mais elevadas de excesso de peso e obesidade se situam a partir dos 45 anos de idade (Estatística & Jorge, 2007).

O conhecimento da existência do excesso de peso e obesidade e de todos os fatores de risco que se encontram associados a ela, é um dos mais fortes contributos para a compreensão da doença, para a mudança de comportamentos errados que fazem parte do quotidiano dos indivíduos e principalmente tem extrema importância para a adoção de medidas preventivas de forma a eliminar ou pelo menos reduzir esta epidemia mundial que afeta todos os géneros, todas as idades e todos os estatutos sociais (Amaral & Pereira, 2008).

1.2 Ansiedade, Depressão e Stresse na Obesidade

A ansiedade é um mecanismo natural do indivíduo que expressa uma reação emocional perante um perigo ou ameaça, não se manifesta apenas com um conjunto de reações físicas e psicológicas diante da presença de uma situação de risco extremo, é também produto subjetivo e inconsciente (Torres-Mendoza, et al., 2009). É também entendida como uma experiência emocional temerosa em função da previsão de situações futuras ou em presença de situações consideradas como desagradáveis para o indivíduo que poderá provocar uma reação de alerta.

De acordo com Andrade & Gorenstein (1998, citado por Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005), a ansiedade do ponto de vista psicológico pode ser diferenciada em ansiedade-estado e ansiedade-traço, sendo que a primeira se caracteriza como um estado emocional transitório, como sentimentos desagradáveis de tensão conscientemente percebidos, enquanto ansiedade-traço, diz respeito a diferenças individuais relativamente estáveis ao longo da vida do indivíduo e menos suscetíveis a mudanças das situações ambientais (Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005).

Naquilo que concerne à depressão estima-se que cerca de 121 milhões de pessoas no mundo sofram de perturbações depressivas (WHO, 2012a), e do ponto de vista de Klerman & Weismann (1992, citado por Soares, 2009) a depressão pode ser considerada como um dos mais graves problemas de saúde mental no mundo, abarcando consequências substanciais ao nível do sofrimento humano, bem como na perda de produtividade (Soares, 2009). É também estimado que uma em



cada quatro pessoas tenha sofrido ou venha a sofrer de depressão durante a vida. As mulheres encontram-se em risco significativamente mais elevado que os homens (APA, 2002).

Nas últimas décadas, as mudanças intensivas na sociedade passaram a exigir dos indivíduos uma grande capacidade de adaptação às situações, tanto a nível físico como a nível mental e social. Sendo que grande parte das vezes essa exigência imposta aos indivíduos acaba por exigir frequentes situações de conflito, ansiedade, angústia e instabilidade emocional, gerando situações de stresse (Selye, 1956).

Aproximadamente 50 a 75% das consultas médicas encontram-se direta ou indiretamente relacionadas com o stresse, tendo desta forma que ser conhecidos os sinais e sintomas e principalmente a forma como lidar com o stresse para uma melhoria da qualidade de vida. Decifrando a palavra stresse, entende-se que estar stressado é estar sob pressão, decorrente do contacto com diversos estímulos capazes de colocar o indivíduo sob pressão, considerando também que se trata de uma reação universal que ocorre sempre que o indivíduo percebe um acontecimento como ameaçador (Selye, 1956). Para Lovibond & Lovibond (1995), o stresse é encarado como um estado emocional negativo, com a possibilidade de existirem indivíduos que apresentam maior vulnerabilidade a nível biológico, outros a nível psicológico associando sempre com as diversas personalidades e os fatores sociais e culturais (Lovibond & Lovibond, 1995).

As evidências nos estudos apoiam a hipótese de que a redução da obesidade se encontra diretamente associada com saúde mental, particularmente a ansiedade, depressão e stresse, daí ser vantajoso o acompanhamento psicoterapêutico dos indivíduos que se encontram em programas de perda de peso (Torres-Mendoza, et al., 2009). A par disto, também as relações interpessoais podem sair fragilizadas na população obesa com algum tipo de sintomatologia ansiógena (Neto & Santoro, 2006).

Os problemas emocionais são habitualmente percebidos como consequências da obesidade, embora também esses problemas emocionais possam preceder o desenvolvimento da obesidade. Podem os indivíduos obesos, que não se encontram estáveis emocionalmente, experienciar aumento dos níveis de ansiedade e depressão aquando de dietas regulares (Vasques, Martins, & Azevedo, 2004).

O estudo de Petry e colaboradores (2008) indica que o IMC está associado a perturbações de ansiedade, bem como a perturbações de humor, estudo este realizado nos Estados Unidos com 40000 participantes adultos, com o intuito de se verificar a relação entre o IMC e as perturbações psiquiátricas. Concluiu-se que a obesidade está associada com um risco aumentado do desenvolvimento de perturbações de humor, pois neste estudo os indivíduos com IMC mais alto têm índices maiores de depressão que os indivíduos com IMC normal. O mesmo se verificou em relação a perturbações de ansiedade, os indivíduos com um IMC mais alto verificam níveis significativamente mais elevados de ansiedade generalizada, perturbações de pânico sem agorafobia e fobia específica que os participantes com IMC normal. Sendo assim em contexto de avaliação e tratamento da obesidade, estas problemáticas devem ser sempre tidas em conta, com vista ao benefício nas intervenções realizadas (Petry, Barry, Pietrzak, & Wagner, 2008).



Tal como se verifica na investigação realizada por Baumeister & Harter (2007), com população adulta na Alemanha verifica-se que existe um aumento da prevalência de perturbações psicológicas, em particular depressão, mas também ansiedade nos pacientes obesos que procuram tratamento, esse aumento pode resultar não apenas do facto dos indivíduos serem obesos, mas também por todas as comorbilidades associadas, e tal como se verifica no estudo de Bjerkeset et al (2007), a depressão pode suprimir ou aumentar o apetite, conduzindo desta forma a uma diminuição ou aumento de peso, pois também nele se confirmou a associação do IMC com o aumento a longo prazo para a presença de depressão tanto em mulheres como em homens, neste estudo os possíveis mecanismos encontrados para a associação entre a depressão e a obesidade não são claros, no entanto, poderão estar nos efeitos adversos da imagem corporal, do tamanho do corpo grande e o efeito de baixos níveis de atividade física (Baumeister & Harter, 2007; Bjerkeset, Romundstad, Evans, & Gunnell, 2008). Markowitz e colaboradores (2008), apoiam que a depressão e a ansiedade poderá levar ao agravamento da obesidade, pois verifica-se aumento de apetite e por sua vez ganho de peso quando os indivíduos se encontram com sintomatologia depressiva. Também a inatividade física é comum em indivíduos com depressão, aumentando desta forma o risco de ganhos de peso. Por outro lado, as medicações muitas vezes prescritas a indivíduos com perturbações de humor e perturbações de ansiedade podem levar a ganhos de peso (Markowitz, Friedman, & Arent, 2008).

Como se pode confirmar no estudo prospetivo realizado com mulheres desenvolvido por Kasen et al (2008), com o objetivo de verificar se a obesidade influencia o surgimento de psicopatologia, verificou-se que o efeito preditivo que a obesidade tem no desenvolvimento de perturbações de humor é compatível com um aumento do risco de se vir a desenvolver uma depressão grave bem como outros indicadores de sofrimento mental principalmente em adultos obesos com mais de 50 anos. Além das perturbações de humor, os resultados deste estudo também estabelecem uma forte correlação positiva entre a obesidade e as perturbações de ansiedade. A obesidade, tal como já foi referido parece ser uma condição persistente que muitas vezes precede a depressão entre as mulheres e tem sido associado com o aumento de situações de vida stressantes na idade adulta (Kasen, Cohen, Chen, & Must, 2008).

As mulheres obesas relatam baixa qualidade de vida e menos envolvimento e gozo em experiências prazerosas e são alvos de discriminação, principalmente por membros da família, desta forma mulheres casadas com filhos relatam maiores estigmatizações acerca do seu excesso de peso que mulheres solteiras sem filhos. Além disso, as mulheres obesas contrariamente a outros grupos estigmatizados parecem ter mais tendência a internalizar as perceções negativas em relação à obesidade (Kasen, et al., 2008).

Os dados encontrados num estudo realizado no Brasil, relacionando a obesidade e os sintomas de depressão e ansiedade em mulheres sedentárias e não sedentárias, corroboram os estudos abordados anteriormente quanto à presença de maiores níveis de depressão e ansiedade em indivíduos obesos, apoiando também desta forma a possível relação que existe entre a presença de sintomatologia psíquica e o IMC. Também se encontra neste estudo a certeza de que a prática de



exercício físico regular poderá ser um fator de minimização da sintomatologia psíquica (Tosetto & Júnior, 2008).

Numa revisão de quatro estudos longitudinais e vinte estudos transversais, sobre os efeitos da obesidade no humor depressivo, Atlantis & Baker (2008), revelam que através dos estudos longitudinais se encontram evidências consistentes de que a obesidade pode aumentar as hipóteses de vir a desenvolver depressão ou sintomas depressivos, também se verifica que nos estudos transversais realizados nos EUA, são as mulheres que apresentam maiores índices de sintomatologia depressiva (Atlantis & Baker, 2008).

Num estudo realizado nos EUA, tal como os anteriores de forma a verificar a associação entre a obesidade e as perturbações psiquiátricas, observou-se uma associação positiva e significativa entre a obesidade e uma série de perturbações de humor e ansiedade (Simon et al., 2006). O mesmo se verificou numa investigação a nível mundial, abordando treze países, sendo eles a Colômbia, México, EUA, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Israel, Líbia, Japão e Nova Zelândia, perfazendo um total de 62277 participantes, procurando relacionar-se a obesidade com perturbações mentais, os resultados desta investigação encontraram relações estatisticamente significativas entre a obesidade e as perturbações de humor e de ansiedade, essa relação concentra-se principalmente entre os indivíduos com IMC superior a $35\text{kg}/\text{m}^2$ (Scott et al., 2008).

Contrariamente aos dados já apresentados, um estudo realizado no Canadá, revela uma associação não-significativa entre a obesidade e a ansiedade, enquanto tal como já foi apresentado, no que concerne às perturbações de humor existe associação significativa entre a obesidade e a depressão (Gadalla, 2009). O mesmo se pode verificar num estudo realizado na Alemanha com população obesa com menos de 65 anos, onde foram verificados os seguintes resultados: que as pessoas obesas pertenciam mais frequentemente a classes sociais mais baixas, no entanto, a relação entre a obesidade e as perturbações psiquiátricas neste estudo não se verificaram, com exceção de perturbações de ansiedade em homens obesos e comorbilidade de perturbações mentais em mulheres obesas. Os autores sugerem um estudo mais aprofundado da possibilidade de existir relação entre obesidade e psicopatologias (Hach et al., 2006).

Vários mecanismos são propostos para explicar a relação entre obesidade, depressão e ansiedade, como é o caso do estigma associado à obesidade, principalmente em mulheres que poderá contribuir de alguma forma para o desenvolvimento de perturbações de humor (Markowitz, et al., 2008). Também o facto dos indivíduos obesos enfrentarem discriminações e maus-tratos, sejam eles reais ou simplesmente percebidos, poderá levar a baixa autoestima e aumento de sintomatologia depressiva (Markowitz, et al., 2008). Também como já foi referido a insatisfação com a imagem corporal pode agravar sintomas depressivos, da mesma forma que dietas repetidas e por vezes dietas fracassadas poderão levar ao agravamento de sintomatologia depressiva.

Parece clara a relação entre as variáveis psicoemocionais, nomeadamente a ansiedade, depressão e stresse e a obesidade, podendo esta também interferir nas dimensões interligadas com a intimidade sexual dos diferentes indivíduos, tal como poderemos ver em seguida.



1.3 Satisfação Sexual e obesidade

Para Kathadourian (1979, citado por Pereira, 2009) a sexualidade surge com frequência associada a sexo, não se limitando apenas a isso (H. Pereira, Leal, & Maroco, 2009). No entanto para simplificar, existem três ideias básicas para ser possível a compreensão da sexualidade, de que é algo inerente ao ser humano, de que existe uma inter-relação entre os aspetos sexuais e os não-sexuais e por último, a sexualidade é mediada por tudo aquilo que somos como seres humanos, que por sua vez influencia a forma como pensamos e agimos (Martinez & Sánchez, 1997, citado por Pereira et al, 2009). A sexualidade masculina é pensada como independente da relação, um impulso autónomo, incontável, independente de relações ou afetos, enquanto a sexualidade feminina continua a ser vista como relacional, não existe separada da relação (Rohden & Russo, 2011). A sexualidade é considerada como algo instintivo, e também essencial para a estimulação da vida humana, incentiva a procura de prazer e o estabelecimento de relacionamentos amorosos (Silva, 2008).

De acordo com Furlani (1998, citado por Diehl, Falcke, Wagner, 2004) a sexualidade ao longo dos anos tem vindo a apresentar mudanças significativas. O facto de a sexualidade visar hoje em dia e contrariamente ao que acontecia anteriormente, a obtenção de prazer e não lhe ser apenas atribuída a função da reprodução (Capellá, 2003). É também sinal de mudança, o caso da independência que as mulheres têm conquistado dos homens e os tabus que ao longo dos tempos se vão ultrapassando, como é o caso da virgindade até ao casamento, todas estas mudanças vão fazendo com que um grande número de mulheres passe a exigir mais dos homens, exemplo disso é a satisfação e o prazer sexual (Diehl, Falcke, & Wagner, 2004). No caso dos homens, todas as exigências impostas pelas mulheres, fizeram com que o objetivo principal do homem deixasse de ser a satisfação das suas necessidades internas, mas também a melhoria do seu desempenho sexual com vista a satisfação das necessidades da sua companheira (Diehl, 2002 citado por Diehl et al, 2004).

A atividade sexual para muitas pessoas é orientada apenas para a relação sexual, contudo este conceito abrange outros fatores como, ter o companheiro junto de si, poder tocá-lo e ser tocado, expressar ternura e intimidade, influenciar pensamentos e sentimentos e a própria saúde física e mental (Batista & Silva, 2010).

À primeira vista a sexualidade e a imagem corporal encontram-se intimamente ligadas, sem dúvida que a aparência física é um componente com bastante importância nas experiências sexuais. Na cultura ocidental, as imagens que normalmente aparecem nos meios de comunicação promovem um ideal de beleza que leva muitos indivíduos a sentir-se mal com o seu próprio peso e forma corporal (Woertman & van den Brink, 2012).

No que concerne à definição do conceito de satisfação sexual, para Haavio-Mannila e Kontula (1997), satisfação sexual encontra-se intrinsecamente ligada com o prazer sentido nas relações afetivo-sexuais mantidas (Haavio-Mannila & Kontula, 1997). A satisfação sexual abarca também a satisfação relacional, estando ambas emparelhadas e positivamente associadas, ou seja,



quanto maior se encontrar a satisfação relacional, maior se encontrará a satisfação sexual (Byers & MacNeil, 2006). Os homens e as mulheres que dizem encontrar-se satisfeitos com os seus relacionamentos conjugais também relatam estar satisfeitos com os seus relacionamentos sexuais (Pechorro, Diniz, & Vieira, 2009). Pechorro e colaboradores (2009), referem ainda que a idade é outra das variáveis que pode encontrar-se interligada com a satisfação sexual, visto esta ao longo do avançar da idade tender a diminuir.

A satisfação conjugal e sexual é um fenómeno complexo que recebe a influência de diversas variáveis, nomeadamente as características da personalidade, os valores, as atitudes, os filhos, o nível socioeconómico, a experiência sexual antes do casamento, entre outros. Além disto, o passar dos anos altera também o nível de satisfação, quer conjugal, quer sexual (Thomas & Ozechowski, 2000). Pode ser também referido o orgasmo, a frequência da atividade sexual e o uso de técnicas avançadas como variáveis que influenciam positivamente a satisfação sexual (Haavio-Mannila & Kontula, 1997), bem como, a iniciativa do parceiro e a comunicação sexual podem ser preditores de satisfação sexual (Bridges, Lease, & Ellison, 2004). Aquilo que se pode verificar na publicação de Norgren e colaboradores (2004), é que por vezes a durabilidade de um casamento, pode não significar que o mesmo seja satisfatório, sabendo que o aumento da satisfação sexual reúne outras condições como a proximidade, a comunicação e as estratégias de resolução de problemas (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt, & Sharlin, 2004).

Quando fazemos a ligação da sexualidade com a obesidade, alguns autores referem a distorção da imagem corporal, a baixa autoestima, história de abusos sexuais como fatores agravantes para o afastamento de relações de proximidade e intimidade com outros sujeitos, sentindo-se desta forma sexualmente indesejável (Ribeiro, 2008).

Muitos homens que sofrem de obesidade mórbida podem de alguma forma ter a sua vida sexual dificultada por disfunções sexuais, comprometendo assim a ereção, ejaculação, o orgasmo e também o desejo sexual, além disso dificultando a atividade sexual também se pode juntar as limitações decorrentes da mobilidade e do estigma social (Araujo, Brito, Ferreira Mde, Petribu, & Mariano, 2009).

O estudo de Araújo e colaboradores (2009), com o objetivo de avaliar a capacidade erétil de 321 homens, sendo estes portadores de disfunção erétil, concluiu-se que a qualidade da função erétil se encontrou melhor em doentes não obesos. O mesmo se pode verificar em doentes submetidos a cirurgia bariátrica, que seis meses após a mesma, evidenciaram melhoria significativa da qualidade de vida sexual, em todos os seus domínios, nomeadamente a função erétil, a relação sexual e também a satisfação sexual de um modo geral (Araujo, et al., 2009).

Aquilo que se verifica na investigação realizada por Kolotkin et al (2006), com o objetivo de avaliar a qualidade de vida sexual de 1158 sujeitos, é que maior IMC se encontra associado a uma pior qualidade de vida sexual, nomeadamente a satisfação sexual, a redução do desejo sexual, dificuldades no desempenho sexual. Nos homens a obesidade encontra-se associada com baixa satisfação sexual, acréscimo das queixas de disfunção erétil e problemas penianos a nível vascular.



Nas mulheres é comum verificar-se redução do desejo sexual e dificuldades no desempenho sexual (Kolotkin, et al., 2006).

Pode salientar-se que a perda de peso poderá facilitar o aumento do interesse e da atividade sexual, não se devendo apenas às alterações neuro-hormonais, mas também a perda de peso, fará com que os sujeitos se aproximem cada vez mais do conceito de beleza imposto socialmente e dessa forma também do conceito de atratividade, ou seja, o indivíduo obeso não suscita grande interesse sexual e com a perda de peso vai conquistando esse interesse (Tapadinhas & Refoios, 2012).

Foi publicado em 2010, um estudo francês com o objetivo de analisar a associação entre o IMC e a atividade sexual e a satisfação sexual em pessoas obesas, revelando esse estudo que as mulheres obesas têm menos probabilidade que as mulheres com peso normal de ter tido nos 12 meses anteriores, um parceiro sexual. O mesmo sucede com os homens, que no mesmo período de tempo têm menos probabilidades de ter tido mais que um parceiro sexual e encontram-se também com maior propensão ao aparecimento de disfunção erétil, enquanto nas mulheres neste estudo a disfunção sexual não se encontra associada ao IMC. Apenas metade das mulheres obesas desta amostra consideraram a sexualidade importante para o seu equilíbrio na vida pessoal o que se pode verificar na tendência significativa para uma menor importância do sexo para o equilíbrio da vida pessoal com o aumento do IMC (Bajos, Wellings, Laborde, & Moreau, 2010). Tal acontecimento pode também ser relacionado com a vontade que as mulheres relatam de sentir mais amor, afeição e carinho para se sentirem sexualmente satisfeitas, implicando mais do que frequência de atividade sexual, enquanto os homens de forma a colmatar a insatisfação sexual desejam maior frequência e variedade na relação sexual (Pechorro, et al., 2009).

Numa outra investigação com 100 mulheres avaliadas para cirurgia bariátrica onde utilizaram o Questionário de Funcionamento Sexual Feminino com vista a avaliar a prevalência de disfunção sexual nessas mulheres. Os resultados desse estudo revelaram que as mulheres que procuram tratamento para a obesidade, nomeadamente a cirurgia bariátrica são claramente uma população com comprometimento do funcionamento sexual, com 60% da amostra a relatar disfunção sexual (Bond et al., 2009). Num outro estudo, do mesmo autor citado anteriormente, com o objetivo de avaliar se a disfunção sexual fica resolvida após cirurgia bariátrica, verificou-se que, seis meses após cirurgia bariátrica grande percentagem das mulheres viu a sua disfunção sexual resolvida. Em toda a amostra o funcionamento sexual melhorou para níveis compatíveis com os resultados de uma população normativa (Bond et al., 2011).

Kaneshiro e colaboradores publicaram em 2008 a sua investigação, realizada com mulheres, de forma a caracterizar a relação entre o IMC e o comportamento sexual, os resultados diferiram um pouco dos anteriores, sendo que no que diz respeito ao comportamento sexual, o número de parceiros sexuais e também a frequência das relações sexuais indicaram que as mulheres obesas e com excesso de peso diferem pouco das mulheres com peso normal (Kaneshiro et al., 2008).

Além de tudo isto, sabe-se que uma das áreas implicada no desempenho sexual são os momentos de comunicação sexual entre o casal acerca da sua própria sexualidade, área esta que



poderá em muito influenciar os valores conseguidos de satisfação sexual, tal como se pode ver em seguida.

1.4 Comunicação Sexual Diádica

Atualmente a constituição e manutenção de relacionamentos é muito influenciada pelo individualismo e valores característicos de cada membro da díade. Aquilo que se procura com o estabelecimento da relação é que essas características individuais se entrecruzem, criando uma zona comum de interação, favorecendo assim a construção da identidade conjugal (Scorsolini-Comin & Santos, 2011).

Assim sendo, comunicação sexual é um importante componente dos relacionamentos íntimos, no que diz respeito a discussões abertas de temas, como as preferências e fantasias sexuais e o próprio desempenho sexual entre os parceiros sexuais. A comunicação sexual, encontra-se associada a uma maior satisfação sexual, bem como, a um melhor ajustamento, coesão e satisfação do relacionamento (Widman, Welsh, McNulty, & Little, 2006).

A comunicação sexual diádica é extremamente importante para a compreensão da própria satisfação sexual do casal, de forma a corroborar este facto, os estudos constataram que a qualidade da comunicação sexual se encontra positivamente relacionada com a satisfação sexual (Brogan, et al., 2009).

Para Nina (1996), a comunicação é um processo pelo qual o parceiro dentro de um relacionamento poderá trocar informações, percepções, opiniões, sentimentos e expectativas (Nina, 1996). Ao abordar a questão da comunicação sexual, esta refere-se a qualquer informação de natureza sexual que seja trocada dentro de um relacionamento (Nina, 2008). Tal como foi referido a comunicação sexual é um elemento que afeta a estabilidade do casal, é um ato de manutenção do próprio relacionamento e nesse momento em que são produzidas trocas sexuais, inevitavelmente irá afetar a satisfação sexual e o amor entre o casal (Hendricks & Hendricks, 2004, citado por Nina, 2008).

A importância de estudar a comunicação sexual foi assinalada por Master & Johnson (1979) ao compreender a necessidade de um casal desenvolver e organizar a sua vida sexual (Nina, 2008). Numa revisão sobre comunicação sexual, elaborada pela mesma autora foram encontrados três aspetos consistentes em vários estudos, o primeiro referindo que existe uma relação entre a comunicação sexual e o compromisso com o companheiro e a frequência do ato sexual; um segundo aspeto de que o desejo sexual ou a rejeição está relacionada com a satisfação sexual do casal e por último as diferenças de género quanto aos gostos do casal sobre a sua vida sexual.

Numa população mais jovem, a comunicação sexual poderá também ter uma importância fulcral para a saúde dos jovens sexualmente ativos, diminuindo desta forma as gravidezes indesejadas, assim como doenças sexualmente transmissíveis, tal como se verifica num estudo



realizado com 209 casais, onde os adolescentes mais abertos à comunicação se encontravam mais abertos ao uso de contraceptivos (Widman, et al., 2006).

Num estudo realizado online e conduzido por Holmberg & Blair (2009), foram comparados quatro grupos de participantes, homens e mulheres com relacionamentos heterossexuais e homens e mulheres com relacionamentos homossexuais, com o intuito de comparar o desejo sexual, a comunicação sexual, a satisfação e as preferências sexuais dos quatro grupos. De forma a avaliar a comunicação sexual foi utilizada a escala de comunicação sexual diádica, verificando-se que os quatro grupos são virtualmente idênticos no que diz respeito à comunicação sexual, os autores antecipavam encontrar resultados significativamente diferentes entre os grupos, nomeadamente nas mulheres, no entanto, justificam estas semelhanças surpreendentes pela hesitação das mulheres na abordagem de assuntos de cariz sexual e porque os relacionamentos do mesmo sexo partilham características semelhantes a um casal heterossexual reduzindo a necessidade de abordar a sexualidade do casal (Holmberg & Blair, 2009).

Para Metts & Spitzberg (1996, citado por Greene & Faulkner, 2005), a comunicação sexual é o meio pelo qual os indivíduos selecionam potenciais parceiros para relações sexuais e pelo qual o significado, função e efeito das relações sexuais é negociada. Para outros autores, a comunicação sexual pode ser encarada especificamente como a discussão em prol do sexo seguro, saúde sexual, satisfação sexual e limites sexuais (Greene & Faulkner, 2005).

A investigação realizada por Greene & Faulkner (2005) com 698 casais heterossexuais em fase de namoro, focou-se em como o sexo e as atitudes para com o papel do género influenciam a abertura sexual e a comunicação sexual, concluindo-se que os casais que reportaram ser mais assertivos acerca de assuntos sexuais, tendem a falar mais em casal, sobre assuntos, praticas e comportamentos sexuais, sugerindo desta forma que a abertura referente à informação importante sobre a sexualidade, contribui para a melhoria da qualidade da comunicação sexual e da satisfação geral da relação de namoro, desenvolvendo experiencias positivas no relacionamento e na sexualidade do casal (Greene & Faulkner, 2005).

Fica então mais clara a importância da comunicação sexual na satisfação sexual. No entanto, quando se procurou entender a relação entre a comunicação sexual e as variáveis psicoemocionais e a obesidade não foi encontrada informação relevante, pelo que se deduz carência de estudos nesta área, lacuna esta que o presente trabalho procura colmatar.



2. Apresentação do estudo

2.1 Objetivo geral do estudo

O objetivo geral deste trabalho consiste na análise da importância do peso corporal nas variáveis psicoemocionais, nomeadamente na ansiedade, depressão e stresse, na satisfação e comunicação sexual diádica.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar os níveis de funcionamento psicoemocional;
- Avaliar os níveis de satisfação sexual;
- Avaliar os níveis de comunicação sexual diádica;
- Comparar os níveis de ansiedade, depressão e stresse, entre sujeitos com obesidade e sujeitos com um IMC normal;
- Comparar os níveis de ansiedade, depressão e stresse, entre participantes do género masculino e feminino;
- Comparar os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de acordo com estatuto profissional;
- Comparar os níveis de ansiedade, depressão e stresse, de acordo com nível de escolaridade;
- Comparar a satisfação sexual em sujeitos com obesidade, com sujeitos com um IMC normal;
- Comparar o nível de satisfação sexual, entre participantes do género masculino e feminino;
- Comparar o nível de satisfação sexual, de acordo com o estado civil;
- Comparar o nível de satisfação sexual, de acordo com a importância da sexualidade para o equilíbrio pessoal;
- Relacionar a comunicação sexual diádica com sujeitos com obesidade, comparados com sujeitos com um IMC normal;
- Comparar os níveis de comunicação sexual diádica, entre participantes do género masculino e feminino;
- Comparar os valores de comunicação sexual diádica, de acordo com o estado civil;
- Relacionar o grau de Satisfação sexual com os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse;



- Relacionar o grau de comunicação sexual diádica com os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse;
- Relacionar os níveis de comunicação sexual diádica com o grau de satisfação sexual.

2.3 Tipo de Estudo

O tipo de estudo realizado é quantitativo, descritivo, comparativo e correlacional, com uma recolha transversal, tendo a amostra sido recolhida num só momento.

O presente estudo caracteriza-se pelo seu carácter quantitativo, na medida em que a maneira de chegar à compreensão dos fenómenos é por meio de análise matemática sempre apoiando-se na quantificação e categorização (Almeida & Freire, 2008; Gunther, 2006).

É um estudo descritivo, na medida em que se procede à recolha de dados com vista à descrição da amostra, descrevendo assim os fenómenos e identificando variáveis (Marôco, 2011), sendo assim este estudo permite identificar comportamentos e atitudes dos participantes.

Nos estudos correlacionais o investigador limita-se à observação das variáveis não tendo portanto qualquer tipo de controlo das mesmas. A informação sobre a população do estudo é inferida a partir de uma amostra dessa população (Marôco, 2011). Deste modo, a presente investigação recorreu ao método correlacional de forma a perceber em que medida a obesidade se encontra relacionada com os diferentes níveis de ansiedade, depressão e stresse e também com a satisfação e comunicação sexual.

Por último, é também um estudo comparativo, visto ter a pretensão de comparar a amostra participante, nomeadamente os participantes obesos e os participantes normais.

3. Método

A amostra desta investigação foi obtida por um método de amostragem não probabilístico ou por conveniência. Neste tipo de amostragem não são seguidos os princípios da teoria das probabilidades, sendo assim, a possibilidade de determinado elemento fazer parte da amostra não é igual aos restantes, tendo como principal problema o facto de poderem não ser representativas da população em estudo. No entanto, para esta investigação por diversos fatores nomeadamente as limitações temporais e de custos, e principalmente pela acessibilidade à população em questão, tornaram que fosse mais prático obter uma amostra não probabilística ou por conveniência. Dentro dos diversos tipos de amostragem não probabilísticos, como foi referido anteriormente, na investigação em vigor os sujeitos são selecionados pela sua conveniência (Marôco, 2011).



3.1 Participantes

Na seleção dos participantes são comumente indicados alguns critérios de inclusão ou exclusão, sendo que, nesta investigação traçam-se como critérios de inclusão possuir no mínimo 18 anos e no máximo 65 anos de idade, devendo todos os indivíduos ter nacionalidade portuguesa, e também ter previamente à participação no estudo, experienciado atividade sexual.

Na realização do presente estudo contou-se com a colaboração total de 335 participantes de ambos os géneros (88 do género masculino e 247 de género feminino) com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade. É importante referir que os participantes do género masculino representaram 26,3% da amostra, enquanto os do género feminino representaram os restantes 73,7% (cf. Tabela 1). No que diz respeito às idades dos participantes verificou-se que a média (M) consistiu no valor de 30,75 sendo o desvio padrão (DP) associado de 10,4 (cf. Tabela 2).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes: Género

Género	N	%
Masculino	88	26,3
Feminino	247	73,7
Total	335	100

Tabela 2: Características sociodemográficas dos participantes: Idade

	Idade
Média	30,75
DP	10,4
Mínimo	18
Máximo	65

No que reporta ao estado civil, observou-se que 206 participantes (61,5%) eram solteiros sendo que desses, 57 (17%) afirmaram não ter parceiro sexual e os restantes 149 (44,5%) referem ter parceiro sexual. Dos sujeitos que responderam, 110 (32,8%) dos participantes referem ser casados ou viver em união de facto, enquanto 15 (4,5%) referiram ser divorciados e apenas 4 (1,2%) mencionaram ter o estado civil de viúvo (cf. Tabela 3). Nesta amostra 107 participantes (31,9%) mencionam ter filhos e 228 (68,1%) refere o contrário.

Tabela 3: Características sociodemográficas dos participantes: estado civil

Estado civil	N	%
Solteiro sem parceiro sexual	57	17
Solteiro com parceiro sexual	149	44,5
Casado/União de Facto	110	32,8
Separado/divorciado	15	4,5
Viúvo	4	1,2



No que diz respeito à orientação sexual 326 (97,3%) dos participantes referem ser heterossexuais, enquanto 3 (0,9%) participantes mencionaram ser homossexuais e 6 (1,8%) bissexuais.

No que concerne ao suporte social, 158 (47,2%) participantes consideram em maioria possuir um Bom suporte social, enquanto os restantes se distribuíram pelo suporte social Muito Bom (18,2%), Razoável (31,6%), Mau (2,4%), Muito Mau (0,3%).

No que toca à situação profissional, 168 (50,1%) dos participantes encontram-se empregados, 65 (19,4%) relatam encontrar-se desempregados, 8 (2,4%) encontram-se reformados, 6 (1,8%) trabalham a partir de casa, 86 (25,7%) responderam outros, quando questionada a função, relatam ser estudantes.

No que diz respeito ao nível de escolaridade foi possível presenciar que 27 participantes (8,1%) possuíam habilitações ao nível do ensino básico (1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico). Por outro lado, 117 sujeitos, o que corresponde a uma percentagem de 34,9%, possuíam o ensino secundário e 140 participantes (41,8%) possuíam como habilitações literárias a licenciatura. Cerca de 13 participantes (3,9%) relataram possuir pós-graduação e 32 participantes (9,6%) possuem o mestrado como nível de escolaridade. Apenas 6 participantes (1,8%) mencionam possuir o grau de doutorados (cf. Tabela 4).

Tabela 4: Características sociodemográficas dos participantes: Nível de ensino

Nível de Ensino	N	%
Ensino Básico	27	8,1
Ensino Secundário	117	34,9
Licenciatura	140	41,8
Pós-Graduação	13	3,9
Mestrado	32	9,6
Doutoramento	6	1,8

No que concerne à variável IMC verificou-se que 10 participantes (3,0%) se situavam no percentil do baixo peso ($IMC \leq 18,5 \text{ Kg/m}^2$). No percentil de peso normal (IMC de 18,5 até 24,9 Kg/m^2) encontraram-se 147 participantes (43,9%). Por seu lado, cerca de 61 (18,2%) participantes situaram-se no percentil de excesso de peso (IMC de 25 até 29,9 Kg/m^2), enquanto 58 (17,3%) encontram-se no percentil de obesidade de grau I (IMC de 30 até 34,9 Kg/m^2), os participantes que se situam no percentil de obesidade de grau II (IMC de 35 até 39,9 Kg/m^2) são 34 (10,1%), por ultimo, pertencentes ao percentil de obesidade de grau III ($IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$) encontraram-se 25 (7,5%) participantes (cf. Tabela 5). Apontando para a moda das idades de aumento de peso são os 18 anos, numa média de 19,71 anos de idade e com um desvio padrão de 9,584.



Tabela 5: Características sociodemográficas dos participantes: IMC

IMC	N	%
<18,5 Kg/m ²	10	3
18,6 - 24,9Kg/m ²	147	43,9
25 - 29,9Kg/m ²	61	18,2
30 - 34,9Kg/m ²	58	17,3
35 - 39,9Kg/m ²	34	10,1
≥ 40Kg/m ²	25	7,5

Adicionalmente, 43 participantes (12,8%) assinalaram já ter sido sujeitos a Cirurgia Bariátrica, enquanto 292 (87,2%) referem nunca terem realizado qualquer cirurgia bariátrica. Sendo que a cirurgia bariátrica mais realizada foi o Bypass Gástrico realizado em 25 (7,5%) dos participantes. Também dentro desta temática 55 (16,4%) dos participantes referem ter doenças associadas à obesidade, nomeadamente Hipertensão e Diabetes.

No que diz respeito às variáveis relacionadas com a Sexualidade, a média de idades referida para início de atividade sexual está nos 17,95 e o desvio padrão de 2,646, a mediana registou o valor de 18, assim como, a moda. Quando inquiridos acerca do número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, 255 (76,1%) participantes referem ter tido apenas um parceiro sexual, enquanto 1 participante refere ter tido 16 (0,3%) parceiros sexuais no último ano. 322 (96,1%) participantes refere já ter experienciado orgasmo, em oposição 13 (3,9%) participantes referem o contrário. No que toca ao número de parceiros sexuais na internet, 271 (80,9%) refere nunca ter tido, enquanto 64 (19,1%) já tiveram parceiros sexuais na internet. Quanto à frequência de parceiros sexuais na internet, 37 (11%) dos participantes refere ter tido apenas um. No que concerne ao número de parceiros emocionais, 260 (77,6%) dos participantes refere ter apenas um, enquanto 19 (5,7%) menciona não ter nenhum parceiro emocional. Quando questionados acerca da importância da sexualidade para o seu equilíbrio pessoal, 116 (34,6%) dos inquiridos referem ser Muito Importante, 184 (54,9%) participantes mencionam ser Importante, 29 (8,7%) afirmam ser Não Muito Importante e os restantes 6 (1,8%) da amostra considera Nada Importante. Adicionalmente, 129 (38,5%) participantes declaram nunca ter recorrido à utilização de preservativo nos últimos 12 meses, 72 (21,5%) indicam ter recorrido sempre, 43 (12,8%) quase sempre, 55 (16,4%) algumas vezes e 36 (10,7%) participantes raramente recorreram à utilização do preservativo. No que diz respeito à infidelidade do participante ao seu parceiro, 297 (88,7%) participantes mencionam nunca terem sido infiéis, enquanto 38 (11,3%) referem ser ou já ter sido infiel ao seu parceiro. Quanto às dificuldades na intimidade com o seu parceiro, 287 (84,7%) sujeitos referem não ter dificuldades, enquanto 48 (14,3%) dos participantes menciona ter dificuldades na intimidade.

De acordo com as variáveis de opressão, 311 (92,8%) sujeitos referem não ter sofrido abusos sexuais na infância ou adolescência, em contraponto 24 (7,2%) menciona ter sido abusado no passado. O mesmo se verifica nos maus tratos na infância ou adolescência, sendo que 307 (91,6%) refere nunca ter sofrido maus tratos, enquanto 28 (8,4%) participantes já foram vítimas de maus tratos na infância. Relativamente aos maus tratos na vida adulta, também se verifica que 22 (6,6%) dos participantes já sofreu ou sofre maus tratos enquanto adulto, ao contrário de 313 (93,4%) que



refere nunca ter sofrido maus tratos na vida adulta. No que concerne a algum tipo de discriminação social relacionada com a obesidade, 69 (20,6%) da amostra refere já ter sofrido ou sofrer de discriminação social, ao contrário de 266 (79,4%) dos participantes nunca sentiram discriminação relacionada com a obesidade. Por último 80 (23,9%) dos inquiridos refere sentir-se limitado nas suas atividades diárias devido à obesidade e aos problemas de saúde associados, enquanto 255 (76,1%) menciona não ter limitações nas suas atividades.

3.2 Instrumentos

Para a realização deste trabalho optou-se pela aplicação de um questionário sócio demográfico e três inventários de autopreenchimento, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, et al., 2004), a Escala de Satisfação Sexual (Stulhofer, et al., 2010) e por último, a Escala de Comunicação Sexual Diádica (Catania, 1998) . Sendo descritos detalhadamente em seguida.

3.2.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este questionário é constituído por quatro partes distintas. Na primeira parte predominam questões de resposta fechada visando o registo da caracterização dos sujeitos com informação como, a idade, o estado civil, a sua orientação sexual, o suporte social, como se encontra profissionalmente, a escolaridade, o peso e altura (para posteriormente ser calculado o IMC) de cada participante.

Posteriormente, a segunda parte do questionário composta por questões relativas ao aumento de peso do indivíduo, se padece de alguma doença crónica, se já foi submetido a cirurgia bariátrica, quando aconteceu e a que tipo de cirurgia foi sujeito em resposta anterior positiva, por último se já foi submetido a cirurgia qual era o seu peso inicial.

Em seguida, encontra-se uma terceira parte que corresponde à recolha de informação referente à vida sexual dos indivíduos, com questões como, se já iniciou a atividade sexual e com que idade aconteceu, saber qual o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, se já experienciou algum orgasmo, ter em conta o número de parceiros emocionais nos últimos 12 meses, saber se o indivíduo já conheceu algum parceiro sexual através da internet, perceber como percebe a sexualidade para manutenção do seu equilíbrio pessoal, conhecer a utilização do preservativo nos últimos 12 meses, uma questão acerca da fidelidade ao parceiro e por último, saber se o indivíduo considera ter dificuldades na intimidade com o parceiro.

Para finalizar, a quarta parte do questionário é composta por três questões de resposta fechada (sim ou não) acerca de abusos sexuais e físicos durante a infância, adolescência e vida adulta, uma outra questão referente a discriminação social relacionada com a obesidade, por



último, saber se o indivíduo se sente limitado nas suas atividades quotidianas devido à obesidade e aos problemas de saúde (cf. Anexo I).

3.2.2 Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)

O segundo questionário utilizado foi o DASS (Depression Anxiety Stress Scale) de Lovibond e Lovibond (1995), adaptada para Portugal por Pais Ribeiro, Ana Honrado e Isabel Leal (2004) designada em português por EADS-21 (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress). Esta escala de tipo Lickert é composta por vinte e um itens de autopreenchimento e pretende avaliar empiricamente a ansiedade, depressão e stresse segundo o modelo tripartido de Watson (Pais-Ribeiro, et al., 2004). Como foi referido, a EADS-21 organiza-se em três subescalas: Ansiedade, Depressão e Stresse em que cada uma é constituída por sete itens (Pais-Ribeiro, et al., 2004).

Na subescala de ansiedade estão incluídos vários conceitos, são eles, excitação do sistema autónomo (cinco itens); efeitos músculo esqueléticos (dois itens); ansiedade situacional (três itens); experiências subjetivas de ansiedade (quatro itens). Os itens agrupados desta subescala são: 2, 4, 7, 9, 15 e 19.

Na subescala de depressão está incluída a disforia (dois itens); desânimo (dois itens); desvalorização da vida (dois itens); autodepreciação (dois itens); falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); anedonia (dois itens); inércia (dois itens). Os itens agrupados desta subescala são: 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21.

Por último a subescala stresse, tem presente três itens para dificuldade em relaxar; para excitação nervosa dois itens; para avaliar se facilmente está agitado/chateado tem três itens; para irritável/reação exagerada com três itens; para impaciência três itens. Os itens agrupados desta subescala são: 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomatologia emocional negativa, tendo sido pedido ao sujeito que responda se essa mesma afirmação se aplicou na última semana. A escala de resposta possui quatro possibilidades ordenadas, que registam o grau de aplicabilidade de forma crescente: Não se aplicou a mim (corresponde ao número 0), aplicou-se a mim algumas vezes (corresponde ao numero 1), aplicou-se a mim muitas vezes (corresponde ao numero 2), aplicou-se a mim a maior parte das vezes (corresponde ao número 3). Posto isto, importa referir que os resultados de cada subescala são determinados pela soma dos sete itens, cada subescala somada irá resultar numa pontuação mínima de “0” e uma pontuação máxima de “21”, sendo que quanto mais elevadas as pontuações de cada subescala mais negativos se encontram os estados afetivos (cf. anexo III).



3.2.2.1 Análise da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Iniciou-se a análise da fidelidade Escala de Ansiedade, Depressão e Stress investigando o grau de uniformidade ou coerência existente entre as vinte e uma questões referentes à ansiedade, depressão e stresse. O valor de *alpha* de Cronbach obtido (0,945) indicou uma consistência interna excelente deste grupo de questões (cf. Tabela 6).

Tabela 6: Estatística de Fiabilidade da EADS-21 para 21 itens.

α de Cronbach	Número de itens	N
0,945	21	335

Com o objetivo de reduzir o número de variáveis necessárias para explicar os níveis de ansiedade, depressão e stresse nos participantes em estudo, foi aplicada a técnica multivariada de Análise Fatorial ao grupo de 21 questões. A escala de resposta possui quatro possibilidades ordenadas, que registam o grau de aplicabilidade de forma crescente: Não se aplicou a mim (correspondente ao número 0), aplicou-se a mim algumas vezes (correspondente ao número 1), aplicou-se a mim muitas vezes (correspondente ao número 2), aplicou-se a mim a maior parte das vezes (correspondente ao número 3).

Sendo assim, analisou-se o grau de adequação da aplicação da Análise Fatorial aos dados, para tal foram aplicados os testes *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o de *Esfericidade de Bartlett*. O valor de KMO encontrado foi de 0,949, o que indicou uma adequação excelente desta técnica. O teste de Bartlett ($p=0,000<0,05$) demonstrou também que as variáveis se encontravam todas correlacionadas significativamente (cf. Tabela 7).

Tabela 7: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett para EADS-21

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostra		0,949
Approx. Qui-quadrado		4139,350
Teste de Esfericidade de Bartlett	Df	210
	Sig.	0,000

Utilizou-se também o método de componentes principais na extração dos fatores, aplicando-se o método de rotação *Varimax* para obtenção da solução fatorial. A estimação dos *scores* foi efetuada pelo método dos mínimos quadrados ponderados. Desta forma, a solução fatorial obtida identificou três fatores latentes, que explicaram 59,8% da variabilidade total, apresentados na tabela seguinte (cf. Tabela 8).



Tabela 8: Carga dos itens nos componentes para uma solução de três dimensões

	Depressão	Stresse	Ansiedade
Item 1		,696	
Item 2		,489	
Item 3	,537	(,525)	
Item 4			,661
Item 5		,509	
Item 6		,766	
Item 7			,609
Item 8		,692	
Item 9			,408
Item 10	,679		
Item 11		,607	
Item 12	,519	(,512)	
Item 13	,616	(,430)	
Item 14		,491	
Item 15	,587		(,551)
Item 16	,796		
Item 17	,820		
Item 18	,547	(,413)	
Item 19			,764
Item 20			,730
Item 21	,795		

O resultado da análise da consistência interna para as três dimensões mostrou os seguintes valores: para o Stresse, o alfa de Cronbach é igual a 0,820 com 6,219% de variância explicada. Para a Depressão, o alfa de Cronbach é igual a 0,843 com 48,059% de variância explicada. Para a Ansiedade, o alfa de Cronbach é igual a 0,875 com 5,505% de variância explicada (cf. Tabela 9).

Esta organização fatorial é diferente da organização original, na medida em que se optou por explorar e validar as propriedades psicométricas para uma amostra clínica e adequada ao propósito do presente estudo.



Tabela 9: Resumo da solução fatorial rodada: 21 itens do EADS-21.

Designação dos fatores	Identificação dos itens	N de itens	α de Cronbach	% Variância explicada
F1:Depressão	3,10,12,13,15,16,17,18,21	9	0,843	48,059
F2:Stresse	1,2,5,6,8,11,14	7	0,820	6,219
F3:Ansiedade	4,7,9,19,20	5	0,875	5,505

3.2.3 Escala de Satisfação Sexual (NSSS)

A terceira escala aplicada neste estudo foi a NSSS (New Sexual Satisfaction Scale), versão original de Stulhofer, Busko & Brouillard (2009), adaptada na versão portuguesa de Refoios, S. M. & Tapadinhas, A. R. (2010).

O desenvolvimento desta escala baseou-se em cinco dimensões conceptuais, enfatizando a importância dos vários domínios do comportamento sexual, incluindo desta forma, sensações sexuais, a consciência e foco sexual, a troca sexual, a proximidade emocional e atividade sexual. A construção e validação desta escala foram realizadas com sete amostras independentes com mais de 2000 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos na Croácia e nos Estados Unidos da América. As análises realizadas não confirmaram o modelo conceptual das cinco dimensões proposto, mas sugeriu uma estrutura bidimensional com um foco egofocado e na atividade sexual centrada no parceiro. A primeira dimensão é composta por itens que denotam experiências eróticas ou sexuais e sensações pessoais, enquanto a segunda dimensão é composta por itens focados nas reações sexuais e eróticas do parceiro, como também a frequência e a variedade das atividades sexuais (Stulhofer, et al., 2010).

É uma escala de tipo Lickert, composta por vinte itens e tal como foi referido dividida em duas subescalas, a primeira focada principalmente em experiências e sensações pessoais, é composta desde o item um até ao item dez. A segunda subescala reflete a perceção do sujeito de reações do parceiro e atividade sexual em geral, é composta desde o item onze até ao final.

É pedido ao sujeito que pense na sua vida sexual durante os últimos meses e que em cada afirmação assinale o grau de satisfação relativamente à sua vida sexual. A escala de resposta possui cinco possibilidades ordenadas de forma crescente: Nada Satisfatória (corresponde ao número 1), Pouco Satisfatória (corresponde ao número 2), Moderadamente Satisfatória (corresponde ao número 3), Muito Satisfatória (corresponde ao número 4) Extremamente Satisfatória (corresponde ao número 5).

Posto isto, é de salientar que os resultados são determinados pela soma dos vinte itens, sendo que quanto mais elevadas se encontrarem as pontuações mais satisfação sexual existe (cf. Anexo IV).



3.2.3.1 Análise da Escala de Satisfação Sexual (NSSS)

Iniciou-se a análise da Escala de Satisfação Sexual investigando o grau de uniformidade ou coerência existente entre as vinte questões referentes à satisfação sexual. O valor de *alpha* de Cronbach obtido (0,953) indicou uma consistência interna excelente deste grupo de questões (cf. Tabela 10).

Tabela 10: Estatística de Fiabilidade da Escala de Satisfação Sexual para 20 itens.

α de Cronbach	Número de itens	N
0,953	20	335

Com o objetivo de reduzir o número de variáveis necessárias para explicar os níveis de satisfação sexual dos participantes em estudo, foi aplicada a técnica multivariada de Análise Fatorial ao grupo de 20 questões. A escala de resposta possui cinco possibilidades ordenadas de forma crescente: Nada Satisfatória (corresponde ao número 1), Pouco Satisfatória (corresponde ao número 2), Moderadamente Satisfatória (corresponde ao número 3), Muito Satisfatória (corresponde ao número 4) Extremamente Satisfatória (corresponde ao número 5).

Sendo assim, analisou-se o grau de adequação da aplicação da Análise Fatorial aos dados, para tal foram aplicados os testes *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o de *Esfericidade de Bartlett*.

O valor de KMO encontrado foi de 0,950, o que indicou uma adequação excelente desta técnica. O teste de Bartlett ($p=0,000 < 0,05$) demonstrou também que as variáveis se encontravam todas correlacionadas significativamente (cf. Tabela 11).

Tabela 11: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett para a Escala de Satisfação Sexual (20 itens).

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostra		0,950
Approx. Qui-quadrado		5438,018
Teste de Esfericidade de Bartlett	Df	190
	Sig.	0,000

Utilizou-se também o método de componentes principais na extração dos fatores, aplicando-se o método de rotação *Varimax* para obtenção da solução fatorial. A estimação dos *scores* foi efetuada pelo método dos mínimos quadrados ponderados. Desta forma, a solução fatorial obtida identificou três fatores latentes, que explicaram 70,7% da variabilidade total, apresentados na seguinte tabela (cf, Tabela 12).



Tabela 12: Carga dos itens nos componentes para uma solução de três dimensões

	Ego-Focada	Focada no Parceiro	Satisfação na relação
Item 1	(,568)		,572
Item 2	(,409)		,738
Item 3	,766		(,418)
Item 4	,736		(,451)
Item 5	,818		
Item 6	,615		(,460)
Item 7	,836		
Item 8	,725		
Item 9			(,738)
Item 10	,671	(,503)	
Item 11	,522	(,446)	(,451)
Item 12	(,451)	,647	
Item 13		,766	
Item 14		,758	
Item 15		,854	
Item 16		,712	(,478)
Item 17		,677	(,413)
Item 18		,852	
Item 19		,539	(,530)
Item 20		(,403)	,603

O resultado da análise da consistência interna para as três dimensões mostrou os seguintes valores: para a Satisfação ego-focada, o alfa de Cronbach é igual a 0,689 com 53,556% de variância explicada. Para a Satisfação focada no parceiro, o alfa de Cronbach é igual a 0,803 com 12,004% de variância explicada. Para a Satisfação na relação, o alfa de Cronbach é igual a 0,774 com 5,183% de variância explicada (cf. Tabela 13).

Tabela 123: Resumo da solução fatorial rodada: 20 itens da Escala de Satisfação Sexual.

Designação dos fatores	Identificação dos itens	N de itens	α de Cronbach	% Variância explicada
F1:Ego_focada	3,4,5,6,7,8,10,11	8	0,689	53,556
F2:Focada_no_parceiro	12,13,14,15,16,17,18,19	8	0,803	12,004
F3:Satisfação_na_relação	1,2,9,20	4	0,774	5,183



3.2.4. Escala de Comunicação Sexual Diádica (DSCS).

A última escala empregue neste estudo foi a DSCS (Dyadic Sexual Communication Scale), versão original de Joseph A. Catania (1989) (Catania, 1998), versão portuguesa traduzida por Refoios, S. M. & Tapadinhas, A. R. (2010).

É uma escala tipo Lickert, composta por 13 itens e pretende avaliar a forma como os sujeitos interpretam conversas de temas que abordam a sexualidade com os seus parceiros. É pedido ao sujeito que assinale a resposta que melhor descreve a sua situação, relativamente à comunicação sexual com os parceiros. A escala de resposta possui seis possibilidades ordenadas de forma crescente: Discordo Completamente (corresponde ao número 1), Discordo Moderadamente (corresponde ao número 2), Discordo Pouco (corresponde ao número 3), Concordo Pouco (corresponde ao número 4), Concordo Moderadamente (corresponde ao número 5) e Concordo Completamente (corresponde ao número 6). A análise realizada no estudo original reconheceu apenas uma dimensão na escala. A totalidade da escala originou um alfa de Cronbach de 0,81.

Posto isto, para obter um total é necessário fazer a soma das respostas dos sujeitos (cf. Anexo V).

3.2.4.1 Análise da Escala de Comunicação Sexual Diádica (DSCS)

Iniciou-se a análise da Escala de Comunicação Sexual Diádica investigando o grau de uniformidade ou coerência existente entre as vinte questões referentes à satisfação sexual. O valor de *alpha* de Cronbach obtido (0,893) indicou uma consistência interna muito boa deste grupo de questões (cf. Tabela 14).

Tabela 14: Estatística de Fiabilidade da Escala de Satisfação Sexual para 20 itens.

α de Cronbach	Número de itens	N
0,893	13	335

Com o objetivo de reduzir o número de variáveis necessárias para explicar os níveis de comunicação sexual diádica dos participantes em estudo, foi aplicada a técnica multivariada de Análise Fatorial ao grupo de 13 questões. A escala de resposta possui seis possibilidades ordenadas de forma crescente: Discordo Completamente (corresponde ao número 1), Discordo Moderadamente (corresponde ao número 2), Discordo Pouco (corresponde ao número 3), Concordo Pouco (corresponde ao número 4), Concordo Moderadamente (corresponde ao número 5) e Concordo Completamente (corresponde ao número 6).

Sendo assim, iniciou-se a análise investigando o grau de adequação da aplicação da Análise Fatorial aos dados, para tal foram aplicados os testes *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e o de *Esfericidade de Bartlett*.



O valor de KMO encontrado foi de 0,901, o que indicou uma adequação excelente desta técnica. O teste de Bartlett ($p=0,000<0,05$) demonstrou também que as variáveis se encontravam todas correlacionadas significativamente (cf. Tabela 15).

Tabela 15: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett para a Escala de Comunicação Sexual Diádica (13 itens).

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostra		0,901
Approx. Qui-quadrado		2164,311
Teste de		
Esfericidade de	Df	78
Bartlett	Sig.	0,000

Utilizou-se também o método de componentes principais na extração dos fatores, aplicando-se o método de rotação *Varimax* para obtenção da solução fatorial. A estimação dos *scores* foi efetuada pelo método dos mínimos quadrados ponderados. Desta forma, a solução fatorial obtida identificou três fatores latentes, que explicaram 64% da variabilidade total, apresentados na tabela seguinte (cf. Tabela 16).

Tabela 16: Carga dos itens nos componentes para uma solução de três dimensões

	Obstáculos à comunicação	Capacidade de comunicação	Abertura à comunicação
Item 1	,655		
Item 2	,670		
Item 3	,760		(,409)
Item 4	,778		
Item 5	,658		
Item 6	,546		(,447)
Item 7	,716		
Item 8		,720	
Item 9		,761	
Item 10		,688	(,408)
Item 11	(,408)	,642	(,442)
Item 12			,802
Item 13			,711

O resultado da análise da consistência interna para as três dimensões mostrou os seguintes valores: para os obstáculos à comunicação, o alfa de Cronbach é igual a 0,623 com 45,637% de variância explicada. Para a capacidade de comunicação, o alfa de Cronbach é igual a 0,487 com



10,659% de variância explicada. Para a abertura à comunicação, o alfa de Cronbach é igual a 0,672 com 7,761% de variância explicada (cf. Tabela 17)

Tabela 17: Resumo da solução fatorial rodada: 13 itens da Escala de Comunicação Sexual Diádica.

Designação dos fatores	Identificação dos itens	N de itens	α de Cronbach	% Variância explicada
F1: Obstáculos à Comunicação	1,2,3,4,5,6,7	7	0,623	45,637
F2: Capacidade de Comunicação	8,9,10,11	4	0,487	10,659
F3: Abertura à Comunicação	12,13	2	0,672	7,761

Quanto à inversão de itens, os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 são recodificados de tal modo que 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5 e 6=6, enquanto os itens 8, 9, 10, 11, 12 e 13 são recodificados de tal modo que 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2 e 6=1. A pontuação da escala reflete-se no índice total de comunicação sexual diádica, com os resultados mais elevados a indicar piores índices de comunicação sexual diádica.

3.3 Procedimento

Num primeiro momento, após a seleção do tema da presente investigação, foi necessária a realização de uma revisão da literatura existente, tendo em conta dez palavras-chave: obesidade, ansiedade, depressão e stresse, sexualidade, satisfação e comunicação sexual diádica e a possibilidade de a obesidade contribuir para o aumento ou diminuição das mesmas variáveis.

Posteriormente procedeu-se à formalização de um pedido de autorização ao Diretor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos do HSFX para a utilização do protocolo referente à investigação em causa no contexto hospitalar, nomeadamente na consulta de Psiquiatria de Ligação, junto de doentes inseridos no tratamento multidisciplinar da obesidade mórbida. Após a aprovação obtida por parte do Diretor do Departamento iniciou-se a recolha da amostra junto dos doentes do DPSM, com a aplicação do protocolo da investigação, sempre contemplando os aspetos éticos, como a confidencialidade e anonimato na leitura do consentimento informado (cf. Anexo VI).

A recolha da amostra foi efetuada por recurso à Internet e também em formato impresso (abordagem direta aos participantes). Na Internet, foi criado um formulário online através do Google Docs, designado “Investigação na Obesidade e Sexualidade”, onde se encontrava para preenchimento todos os instrumentos que faziam parte do estudo.



A divulgação do protocolo construído para a investigação em causa, foi realizada através de diversos meios, nomeadamente pela criação de um blog para o efeito, onde facilmente se encontravam os links para acesso ao formulário da investigação (feminino e o masculino) e também onde era possível verificar as condições de inclusão no estudo. Foi também criada uma conta na rede social Facebook e em vários fóruns relativos ao tema onde regularmente se apelava à participação no estudo.

Depois de recolhidos, os dados obtidos pelo formulário online, foram conferidos e transferidos do programa computacional Microsoft Office Excel 2007 para uma base de dados construída para o efeito para posterior análise designada SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 19.0). O mesmo sucedeu com os dados recolhidos através da consulta de Psiquiatria de Ligação no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos do HSFJ.

3.4 Análise Estatística

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada através da versão 19.0 do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Partindo do requerido pelo Teorema do Limite Central, de que à medida que a dimensão das amostras aumenta, a distribuição amostral da média tende para a distribuição normal, garantindo que para amostras de dimensão razoável, a média tem distribuição normal, mesmo que a variável, para a qual se quer calcular a média, não tenha distribuição normal, assim se pode justificar a utilização de métodos paramétricos na análise dos dados obtidos no estudo (Marôco, 2011).

Posto isto, iniciou-se o processo de análise dos dados descrevendo e resumindo as variáveis do questionário sociodemográfico em estudo, calculando assim as estatísticas descritivas associadas (frequências absolutas, relativas médias e desvio padrão).

Em seguida, procedeu-se à análise comparativa dos dados, utilizando-se para tal testes t-student de forma a comparar dois subgrupos (e.g. género e os níveis de ansiedade, depressão e stresse) e a análise de variância (ANOVA) univariada para comparar três ou mais subgrupos (e.g. IMC e os níveis de ansiedade, depressão e stresse).

Com o intuito de quantificar a intensidade e direção da associação entre variáveis utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, podendo variar entre -1, obtendo assim uma associação negativa perfeita e +1 com uma associação positiva perfeita, o valor 0 indica a inexistência de relação linear entre as variáveis (A. Pereira, 2011).



4. Resultados

Antes de apresentar os resultados é importante referir que a forma de cotação dos instrumentos é diferente para cada um. Na Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse a sua cotação indica que valores mais elevados refletem maiores níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse. Na cotação da Escala de Satisfação Sexual os valores mais elevados indicam-nos maiores índices de satisfação sexual. No entanto, na Escala de Comunicação Sexual Diádica, a sua cotação indica que valores mais elevados refletem menor comunicação sexual.

Assim, no que respeita aos níveis de ansiedade, depressão e stresse, verifica-se que a média é de 12,36 e o desvio padrão de 10,85 para a escala total. No que concerne aos itens relacionados com a depressão, verifica-se que a média é de 4 e o desvio padrão de 4,30, nos itens relacionados com o stresse, verifica-se uma média de 5,47 e um desvio padrão de 4,21, na subescala de ansiedade, verifica-se uma média de 2,88 e um desvio padrão de 3,38.

Na escala de satisfação sexual, verifica-se que a média é de 76,58 e um desvio padrão de 13,91 para a totalidade da escala. Na subescala de satisfação ego-focada, verifica-se uma média de 31,05 com um desvio padrão de 6,09, na subescala de satisfação focada no parceiro, apura-se uma média de 31,04 com um desvio padrão de 6,19. Na última subescala do instrumento, satisfação na relação, verifica-se uma média de 14,48 e um desvio padrão de 3,40.

Na escala de comunicação sexual diádica, verifica-se uma média de 29,02 com um desvio padrão de 12,89 para a escala total. No que diz respeito à subescala obstáculos à comunicação, verifica-se uma média de 14,79 com um desvio padrão de 7,71. Na subescala capacidades de comunicação, verifica-se uma média de 9,37 com um desvio padrão de 4,77. Por ultimo, na subescala abertura à comunicação apura-se uma média de 4,85 e um desvio padrão de 2,68.

Da comparação das médias para a ansiedade, depressão e stresse entre as categorias de IMC, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=2,321;p=0,043$) que nos indicam que, são os participantes com maior peso que apresentam maiores níveis de depressão ($M=6,48;DP=6,18$) quando comparados com os participantes com um IMC mais baixo ($M=2,9;DP=2,8$) (cf. Tabela 18). No que diz respeito à ansiedade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=1,982;p=0,081$), indicando mesmo assim que são os participantes com um IMC mais elevado que apresentam níveis de ansiedade também eles mais elevados ($M=4,60;DP=5,57$) quando comparados com os participantes que se encontram abaixo de peso ($M=2,30;DP=2,45$) (cf. Tabela 19). Quando se refere ao stresse, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=1,730;p=0,127$), indicando que são os participantes com maior IMC que apresentam níveis mais elevados de stresse ($M=7,72;DP=5,41$), em comparação com os participantes que se encontram com peso normal ($M=5,19;DP=4,11$) (cf. Tabela 20).



Tabela 18: Resultados da comparação entre os níveis de depressão em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.

IMC	N	Médias	F	p
1	10	2,9000		
2	147	3,5238		
3	61	4,1311		
4	58	3,9138	2,321	,043*
5	34	4,5294		
6	25	6,4800		

*p<0.05

Tabela 19: Resultados da comparação entre os níveis de ansiedade em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal

IMC	N	Médias	F	p
1	10	2,3000		
2	147	2,4898		
3	61	3,2951		
4	58	2,7414	1,982	,081
5	34	2,9414		
6	25	4,6000		

Tabela 20: Resultados da comparação entre os níveis de stresse em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal

IMC	N	Médias	F	p
1	10	4,3000		
2	147	5,1973		
3	61	5,4918		
4	58	5,3793	1,730	,127
5	34	5,5000		
6	25	7,7200		

Após a análise de comparação de diferenças na Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse entre gêneros, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(333)=-3,129;p=0,02$), que nos indicam que são as mulheres que pontuam mais elevadamente nos níveis de stresse ($M=5,89;DP=4,31$) quando comparado com o gênero masculino ($M=4,28;DP=3,69$) (cf. Tabela 21). No que concerne a subescala de ansiedade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(333)=-1,741;p=0,083$), indicando mesmo assim que são as mulheres que apresentam níveis de ansiedade mais elevados ($M=3,07;DP=3,55$) quando comparadas com o gênero masculino ($M=2,34;DP=2,78$) (cf. Tabela 22). O mesmo acontece com a subescala depressão não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($t(333)=-0,506;p=0,613$), indicando mesmo assim que são as mulheres que apresentam níveis mais elevados de depressão ($M=4,08;DP=4,46$) quando comparadas com o gênero masculino ($M=3,81;DP=3,81$) (cf. Tabela 23).



Tabela 21: Resultados da comparação entre os níveis de Stresse entre os participantes do género masculino e feminino

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	5,8988	-3,129	,002*
Masculino	88	4,2841		

*p<0,05

Tabela 22: Resultados da comparação entre os níveis de Ansiedade entre os participantes do género masculino e feminino

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	3,0688	-1,741	,083
Masculino	88	2,3409		

Tabela 23: Resultados da comparação entre os níveis de Depressão entre os participantes do género masculino e feminino

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	4,0769	-,506	,613
Masculino	88	3,8068		

Da comparação das médias para a ansiedade, depressão e stresse de acordo com o estatuto profissional, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=2,461; p=0,033$) que nos indica que são os participantes reformados que apresentam maiores níveis de ansiedade ($M=6,25; DP=4,68$) surgindo de seguida os participantes desempregados ($M=3,26; DP=3,79$) (cf. Tabela 24), o mesmo se pode verificar nos níveis de depressão, onde os participantes reformados pontuam mais elevadamente ($M=5,87; DP=6,40$) seguidos dos desempregados ($M=5,11; DP=4,56$), verificando-se igualmente diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=2,345; p=0,041$) (cf. Tabelas 25). No entanto, na subescala de stresse não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=1,192; p=0,313$) revelando que são os reformados que apresentam maiores índices de stresse ($M=7,75; DP=5,65$) quando comparados com os participantes que trabalham em casa ($M=4,33; DP=3,14$) (cf. Tabela 26).

Tabela 24: Resultados da comparação entre os níveis de Ansiedade relativamente ao estatuto profissional.

Estatuto Profissional	N	Médias	F	p
Empregado	168	2,8571	2,461	,033*
Desempregado	65	3,2615		
Reformado	8	6,2500		
Trabalha em casa	6	2,1667		
De baixa	2	,0000		
Outros	86	2,4302		

*p<0,05



Tabela 25: Resultados da comparação entre os níveis de Depressão relativamente ao estatuto profissional.

Estatuto Profissional	N	Médias	F	p
Empregado	168	4,0060		
Desempregado	65	5,1077		
Reformado	8	5,8750	2,345	,041*
Trabalha em casa	6	2,1667		
De baixa	2	,0000		
Outros	86	3,2209		

*p<0,05

Tabela 26: Resultados da comparação entre os níveis de Stresse relativamente ao estatuto profissional.

Estatuto Profissional	N	Médias	F	p
Empregado	168	5,4048		
Desempregado	65	5,7538		
Reformado	8	7,7500	1,192	,313
Trabalha em casa	6	4,3333		
De baixa	2	,5000		
Outros	86	5,3837		

Da comparação das médias para os níveis de ansiedade, depressão e stresse de acordo com o nível de escolaridade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no entanto, os níveis de depressão encontram-se muito próximos ($F(7;327)=1,984;p=0,057$), sendo os participantes com o 1º ciclo de escolaridade que apresentam médias mais elevadas ($M=7,25;DP=3,95$). No que se refere à variável ansiedade, também não foram encontradas diferenças significativas ($F(7;327)=1,802;p=0,086$), por ultimo, na variável stresse também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($F(7;327)=0,614;p=0,744$). No entanto todas as variáveis se encontram mais elevadas nos participantes que possuem apenas o 1º ciclo de escolaridade (cf. Tabelas 27, 28 e 29).

Tabela 27: Resultados da comparação entre os níveis de Depressão relativamente ao nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	N	Médias	F	p
1º ciclo	4	7,2500		
2º ciclo	3	3,6667		
3º ciclo	20	4,6500		
Secundário	117	4,8120	1,984	,057
Licenciatura	140	3,5571		
Pós- Graduação	13	4,0000		
Mestrado	32	2,7813		
Doutoramento	6	1,1667		



Tabela 28: Resultados da comparação entre os níveis de Ansiedade relativamente ao nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	N	Médias	F	p
1º ciclo	4	7,5000		
2º ciclo	3	2,3333		
3º ciclo	20	3,7000		
Secundário	117	3,1709	1,802	,086
Licenciatura	140	2,6286		
Pós- Graduação	13	2,0769		
Mestrado	32	2,3750		
Doutoramento	6	1,8333		

Tabela 29: Resultados da comparação entre os níveis de Stresse relativamente ao nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	N	Médias	F	p
1º ciclo	4	7,0000		
2º ciclo	3	5,3333		
3º ciclo	20	5,8500		
Secundário	117	5,8718	0,614	,744
Licenciatura	140	5,3286		
Pós- Graduação	13	3,8462		
Mestrado	32	4,9688		
Doutoramento	6	5,1667		

No que respeita à comparação das médias para a satisfação sexual entre as categorias de IMC, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=2,626;p=0,024$) que nos indicam que são os sujeitos abaixo do peso normal que têm níveis mais elevados de satisfação sexual focada no parceiro ($M=32,6;DP=4,6$) quando comparados com os participantes com um IMC de grau 2, que possuem valores médios mais reduzidos ($M=29;DP=7,5$) (cf. Tabela 30). No que diz respeito à subescala de satisfação sexual ego-focada não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=1,441;p=0,209$) (cf. Tabela 31). No que concerne à subescala de satisfação na relação também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=0,472;p=0,794$) (cf. Tabela 32).

Tabela 30: Resultados da comparação entre os níveis de satisfação sexual do foco no parceiro em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.

IMC	N	Médias	F	p
1	10	32,6000		
2	147	31,8639		
3	61	31,9344	2,626	,024*
4	58	29,5690		
5	34	29,0000		
6	25	29,6000		

p<0.05



Tabela 31: Resultados da comparação entre os níveis de satisfação sexual ego-focada em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.

IMC	N	Médias	F	p
1	10	32,4000		
2	147	31,7483		
3	61	31,4262		
4	58	30,1207	1,441	,209
5	34	29,7353		
6	25	29,5200		

Tabela 32: Resultados da comparação entre os níveis de satisfação sexual de acordo com a satisfação na relação em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.

IMC	N	Médias	F	p
1	10	14,3000		
2	147	14,7007		
3	61	14,5574		
4	58	14,4138	0,476	,794
5	34	14,0882		
6	25	13,7200		

Da análise da comparação de diferenças na satisfação sexual entre sexos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(333)=-3,351; p=0,001$), que nos indica que são as mulheres que pontuam mais elevadamente nos níveis de satisfação sexual focada no parceiro ($M=31,7; DP=5,89$) comparativamente com o género masculino ($M=29,17; DP=6,67$) (cf. Tabela 32). Quando comparados os géneros em relação aos níveis de satisfação sexual na relação, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($t(333)=2,875; p=0,004$) indicando que são os homens que pontuam mais elevadamente ($M=15,36; DP=2,63$) quando comparados com o género feminino ($M=14,16; DP=3,59$) (cf. Tabela 34). No entanto, na subescala de satisfação sexual ego-focada não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(333)=1,943; p=0,053$) (cf. Tabela 35).

Tabela 33: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual no foco no parceiro entre os participantes do género masculino e feminino.

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	31,7085		
Masculino	88	29,1705	-3,351	,001*

* $p < 0,05$

Tabela 34: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual entre os participantes do género masculino e feminino na satisfação na relação.

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	14,1619		
Masculino	88	15,3636	2,875	,004*

* $p < 0,05$



Tabela 35: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual ego-focada entre os participantes do género masculino e feminino.

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	30,6721	1,943	,053
Masculino	88	32,1364		

Após a análise da comparação de diferenças na satisfação sexual de acordo com o estado civil, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(4;330)=4,750;p=0,001$), que nos indica que são os solteiros com parceiros sexuais que pontuam mais elevadamente nos níveis de satisfação sexual focada no parceiro ($M=32,57;DP=5,92$), seguidos dos participantes viúvos ($M=32;DP=7,48$) e dos sujeitos solteiros sem parceiro sexual ($M=30,26;DP=5,54$). Surge de seguida os sujeitos casados ou a viver em união de facto ($M=29,73;DP=6,53$) e por último os participantes divorciados ($M=28,2;DP=5,27$) (cf. Tabela 36). O mesmo acontece no que se refere à satisfação na relação, verificam-se igualmente diferenças estatisticamente significativas ($F(4;330)=3,253;p=0,012$), sendo os solteiros com parceiro sexual os participantes com valores médios mais elevados ($M=15,18;DP=3,16$), seguidos dos sujeitos viúvos ($M=14,75;DP=4,99$) e dos participantes separados/divorciados ($M=14,33;DP=3,01$). Surge de seguida o grupo de participantes solteiros sem parceiro sexual ($M=14,16;DP=3,28$) e por último os sujeitos casados ($M=13,70;DP=3,62$) (cf. Tabela 37). No referente à satisfação sexual ego-focada, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(4;330)=2,775;p=0,027$), indicando que tal como nos outros dois fatores, são os solteiros com parceiro sexual que mantêm valores médios mais elevados ($M=32,1;DP=5,83$), seguidos dos participantes viúvos ($M=31,5;DP=6,56$) e dos participantes solteiros sem parceiro sexual ($M=31,28;DP=5,36$). Surge de seguida os participantes casados ou a viver em união de facto ($M=29,73;DP=6,65$) e por último os sujeitos que se encontram separados ou divorciados ($M=29,4;DP=5,49$) (cf. Tabela 38).

Tabela 36: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual focada no parceiro entre os participantes de acordo com o estado civil.

Estado Civil	N	Médias	F	p
Solteiro sem parceiro sexual	57	30,2632	4,750	,001*
Solteiro com parceiro sexual	149	32,5705		
Casado/ União de facto	110	29,7273		
Separado/ Divorciado	15	28,2000		
Viúvo	4	32,0000		

* $p < 0,05$



Tabela 37: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual referentes à satisfação na relação entre os participantes de acordo com o estado civil.

Estado Civil	N	Médias	F	p
Solteiro sem parceiro sexual	57	14,1579		
Solteiro com parceiro sexual	149	15,1812		
Casado/ União de facto	110	13,7000	3,253	,012*
Separado/ Divorciado	15	14,3333		
Viúvo	4	14,7500		

*p<0,05

Tabela 38: Resultados da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual ego-focada entre os participantes de acordo com o estado civil.

Estado Civil	N	Médias	F	p
Solteiro sem parceiro sexual	57	31,2807		
Solteiro com parceiro sexual	149	32,1074		
Casado/ União de facto	110	29,7273	2,775	,027*
Separado/ Divorciado	15	29,4000		
Viúvo	4	31,5000		

*p<0,05

No que respeita à comparação de diferenças na satisfação sexual de acordo com a importância da sexualidade para o equilíbrio pessoal, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(3;331)=9,891; p<0,001$), que nos indica que quem considera a sexualidade muito importante pontua mais elevadamente nos níveis de satisfação sexual ego-focada ($M=32,62; DP=5,69$), seguidos dos que consideram a sexualidade importante ($M=30,93; DP=5,49$), surge em seguida os participantes que consideram a sexualidade não muito importante ($M=26,69; DP=7,73$) e por último os que consideram a sexualidade nada importante para o seu equilíbrio pessoal ($M=25,67; DP=9,77$) (cf. Tabela 39). Tal como no referente à satisfação sexual ego-focada também na dimensão de satisfação na relação, se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(3;331)=5,296; p=0,001$), sendo os que consideram a sexualidade muito importante para o equilíbrio pessoal que têm valores mais elevados na satisfação sexual na relação ($M=15,05; DP=3,29$), seguidos dos que consideram a sexualidade importante ($M=14,48; DP=3,15$), surge em seguida os indivíduos que consideram a sexualidade não muito importante ($M=12,76; DP=4,19$) e por último os que consideram a sexualidade nada importante ($M=11,5; DP=5,13$) (cf. Tabela 40). No referente à satisfação sexual focada no parceiro, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(3;331)=4,475; p=0,004$), indicando que são os



participantes que consideram a sexualidade importante que mantêm valores mais elevados de satisfação sexual ($M=31,68; DP=5,45$), seguidos dos que consideram a sexualidade muito importante ($M=31; DP=6,41$), aparecem em seguida os participantes que consideram a sexualidade não muito importante ($M=28,38; DP=7,53$) e por último os sujeitos que consideram a sexualidade nada importante para o seu equilíbrio pessoal ($M=25; DP=10,58$) (cf. Tabela 41).

Tabela 39: Resultado da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual ego-focada entre os participantes de acordo com a importância da sexualidade para o equilíbrio pessoal.

Importância da Sexualidade	N	Médias	F	p
Muito importante	116	32,6207	9,819	<0,001*
Importante	184	30,9348		
Não muito importante	29	26,6897		
Nada importante	6	25,6667		

* $p < 0,001$

Tabela 40: Resultado da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual referentes à satisfação na relação entre os participantes de acordo com a importância da sexualidade para o equilíbrio pessoal.

Importância da Sexualidade	N	Médias	F	p
Muito importante	116	15,0517	5,296	,001*
Importante	184	14,4837		
Não muito importante	29	12,7586		
Nada importante	6	11,5000		

* $p < 0,05$

Tabela 41: Resultado da comparação entre os níveis de Satisfação Sexual focada no parceiro entre os participantes de acordo com a importância da sexualidade para o equilíbrio pessoal.

Importância da Sexualidade	N	Médias	F	p
Muito importante	116	31,0086	4,475	,004*
Importante	184	31,6793		
Não muito importante	29	28,3793		
Nada importante	6	25,0000		

* $p < 0,05$

Na apresentação dos resultados da Escala de Comunicação Sexual Diádica, talvez seja importante salientar que valores mais elevados, são traduzidos em menores capacidades de comunicação sexual diádica. Da análise das médias de comunicação sexual diádica entre as categorias de IMC, verificou-se que são os sujeitos com obesidade de grau 3 que apresentam valores médios mais elevados ($M=11,72; DP=6,63$), indicando desta forma menores capacidades de comunicação sexual, seguem-se os participantes com obesidade de grau 1 ($M=9,87; DP=5,22$) e dos sujeitos com excesso de peso ($M=9,28; DP=4,38$), surge de seguida os participantes que se encontram dentro do percentil de peso normal ($M=9,08; DP=4,47$) seguidos dos participantes com obesidade de



grau 2 ($M=8,65; DP=4,46$) e por último, os participantes que possuem maiores capacidades de comunicação sexual encontram-se no percentil de baixo peso ($M=7,9; DP=2,8$). No que diz respeito às capacidades de comunicação, tais diferenças não são, contudo, estatisticamente significativas ($F(5;329)=1,823; p=0,108$) que nos indicam que são os participantes com maior peso que apresentam menores capacidades de comunicação sexual diádica (cf. Tabela 42). No que diz respeito aos obstáculos à comunicação também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=1,398; p=0,225$), revelando desta forma que são também os participantes com IMC de grau 3 que demonstram ter maiores obstáculos à comunicação sexual diádica ($M=17,96; DP=9,63$), seguidos dos sujeitos com uma obesidade de grau 2 ($M=15,18; DP=9,13$), surge de seguida os sujeitos uma obesidade de grau 1 ($M=14,93; DP=8,34$) seguidos dos participantes com excesso de peso ($M=14,8; DP=7,29$) e dos participantes que se encontram dentro do percentil de peso normal ($M=14,36; DP=6,94$) e por último os indivíduos que se encontram abaixo de peso ($M=11,2; DP=5,65$) (cf. Tabela 43). No que concerne à abertura à comunicação, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(5;329)=1,140; p=0,339$), sendo mesmo assim os participantes com um IMC de grau 3 aqueles que indicam menor abertura à comunicação sexual diádica ($M=5,16; DP=3,1$), seguidos dos sujeitos com excesso de peso ($M=5,13; DP=2,88$), surge de seguida os participantes que se encontram dentro do percentil de obesidade de grau 1 ($M=5,08; DP=2,82$), seguidos dos participantes dentro do percentil de peso normal ($M=4,84; DP=2,49$), encontra-se em seguida os participantes com obesidade grau 2 ($M=4,05; DP=2,52$) e por último os sujeitos que se encontram abaixo de peso ($M=3,9; DP=2,38$) sugerindo mesmo assim que quem possui mais abertura à comunicação sexual são os participantes com menor peso (cf. Tabela 44).

Tabela 42: Resultados da comparação entre o nível de comunicação sexual diádica no referente às capacidades de comunicação em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.

IMC	N	Médias	F	p
1	10	7,9000		
2	147	9,0816		
3	61	9,2787		
4	58	9,8793	1,823	,108
5	34	8,6471		
6	25	11,7200		

Tabela 43: Resultados da comparação entre o nível de comunicação sexual diádica no referente aos obstáculos à comunicação em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.

IMC	N	Médias	F	p
1	10	11,2000		
2	147	14,3605		
3	61	14,8033		
4	58	14,9310	1,398	,225
5	34	15,1765		
6	25	17,9600		



Tabela 44: Resultados da comparação entre o nível de comunicação sexual diádica no referente à abertura à comunicação em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.

IMC	N	Médias	F	p
1	10	3,9000		
2	147	4,8435		
3	61	5,1311		
4	58	5,0862	1,140	,339
5	34	4,0588		
6	25	5,1600		

Após a análise da comparação das médias para a comunicação sexual diádica entre os participantes do género masculino e feminino, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito às capacidades de comunicação ($t(333)=0,914; p=0,361$) que nos indicam que são os participantes masculino que apresentam menores capacidades de comunicação sexual diádica ($M=9,77; DP=4,54$) comparativamente às participantes do género feminino ($M=9,23; DP=4,85$) (cf. Tabela 45). No que diz respeito aos obstáculos à comunicação também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(333)=0,850; p=0,396$), revelando desta forma que são também os participantes do género masculino que demonstram ter maiores obstáculos à comunicação sexual diádica ($M=15,39; DP=7,61$) quando comparados com as participantes do género feminino ($M=14,58; DP=7,75$) (cf. Tabela 46). No que concerne à abertura à comunicação, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(333)=0,550; p=0,583$), sendo mesmo assim os participantes do género masculino aqueles que indicam menor abertura à comunicação sexual diádica ($M=4,99; DP=2,56$) comparativamente ao género feminino ($M=4,8; DP=2,72$) (cf. Tabela. 47).

Tabela 45: Resultados da comparação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes do género masculino e feminino, no que diz respeito à capacidade de comunicação.

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	9,2308		
Masculino	88	9,7727	,914	,361

Tabela 46: Resultados da comparação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes do género masculino e feminino, no que diz respeito aos obstáculos à comunicação.

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	14,5830		
Masculino	88	15,3977	,850	,396

Tabela 47: Resultados da comparação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes do género masculino e feminino, no que diz respeito à abertura à comunicação.

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	4,8057		
Masculino	88	4,9886	,550	,583



No que se refere à análise da comparação de diferenças na comunicação sexual diádica de acordo com o estado civil, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($F(4;330)=3,590;p=0,007$), que nos indica que são os viúvos que pontuam mais elevadamente no nível de comunicação sexual diádica, ou seja, encontram maiores obstáculos à comunicação ($M=19,5;DP=11,68$), seguidos dos participantes que se encontram separados ou divorciados ($M=18,27;DP=8,9$), os participantes solteiros sem parceiro sexual encontram-se em seguida ($M=16,5;DP=6,84$), sendo desta forma os solteiros com parceiro sexual que apresentam possuir menos obstáculos à comunicação ($M=13,25;DP=7,32$), seguidos dos casados ou a viver em união de facto ($M=15,37;DP=7,99$) (cf. Tabela 48). O mesmo acontece nas capacidades de comunicação, verificam-se igualmente diferenças estatisticamente significativas ($F(4;330)=2,715;p=0,030$), sendo os separados/divorciados os participantes com valores mais elevados ($M=10,87,DP=4,74$), ou seja, têm menores capacidades de comunicação, em seguida encontram-se os participantes casados ou a viver em união de facto ($M=10,25;DP=5,64$), sendo seguido pelo grupo de sujeitos solteiros sem parceiro sexual ($M=9,63;DP=3,9$) e pelo grupo dos solteiros com parceiro sexual ($M=8,51;DP=4,24$). O grupo de participantes que regista valores médios de capacidades de comunicação sexual diádica mais baixos, ou seja, maiores capacidades de comunicação sexual diádica é o grupo dos viúvos ($M=7,75;DP=4,5$) (cf. Tabela 49).

Tabela 48: Resultados da comparação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes de acordo com o estado civil, referente aos obstáculos à comunicação.

Estado Civil	N	Médias	F	p
Solteiro sem parceiro sexual	57	16,5088		
Solteiro com parceiro sexual	149	13,2483		
Casado/ União de facto	110	15,3636	3,590	,007*
Separado/ Divorciado	15	18,2667		
Viúvo	4	19,5000		

* $p < 0,05$

Tabela 49: Resultados da comparação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes de acordo com o estado civil, referente à capacidade de comunicação.

Estado Civil	N	Médias	F	p
Solteiro sem parceiro sexual	57	9,6316		
Solteiro com parceiro sexual	149	8,5168		
Casado/ União de facto	110	10,2545	2,715	,030*
Separado/ Divorciado	15	10,8667		
Viúvo	4	7,7500		

* $p < 0,05$



Do estabelecimento da correlação entre os níveis de Satisfação Sexual e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse verificou-se que existe uma correlação moderada e negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,291;p<0,0001$), apontando desta forma, que quanto mais altos são os níveis de satisfação sexual menores serão os níveis de ansiedade, depressão e stresse. Numa leitura mais aprofundada, é de salientar que do estabelecimento da correlação entre os níveis de satisfação sexual ego-focada e os níveis de depressão apurou-se que existe uma correlação moderada e negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,220;p<0,0001$), demonstrando que quanto mais elevados se encontram os valores de satisfação sexual ego-focada, menores são os níveis de depressão. O mesmo se verifica com a variável stresse que no estabelecimento da correlação entre a satisfação sexual ego-focada e os níveis de stresse salienta-se que existe uma correlação moderada e negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,216;p<0,0001$), demonstrando que quanto mais elevados se encontram os valores de satisfação sexual ego-focada, menores são os níveis de stresse. Dentro da escala de ansiedade, depressão e stress, resta-nos verificar a correlação entre a ansiedade e a satisfação sexual ego-focada, onde se verificou a existência de uma correlação moderada e negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,249;p<0,0001$) explicando desta forma que quanto mais altos se encontrem os níveis de satisfação sexual ego-focada, menores serão os níveis de ansiedade.

No que diz respeito ao segundo fator da escala de satisfação sexual, sendo esta focada no parceiro, da sua correlação com os níveis de depressão, verificou-se que existe uma correlação moderada e negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,244;p<0,0001$) apontando para que quanto mais elevados forem os valores de satisfação sexual focada no parceiro, menores serão os valores de depressão. Do estabelecimento da correlação entre os níveis de satisfação sexual focada no parceiro e o stresse apurou-se que existe uma correlação moderada e negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,164;p=0,003$) demonstrando que quanto mais elevados forem os valores de satisfação sexual focada no parceiro, menores se encontrarão os valores nos níveis de stresse. Para a correlação entre a satisfação sexual focada no parceiro e a ansiedade, é de salientar que existe uma correlação moderada e negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,239;p<0,0001$) explicando desta forma que quanto mais alto são os valores de satisfação sexual focada no parceiro, mais baixos serão os valores de ansiedade.

No último fator encontrado na escala de satisfação sexual, referente à percepção de satisfação na relação e da correlação entre ela e os valores de depressão, verificou-se uma correlação moderada e negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,289;p<0,0001$) indicando que quanto mais altos forem os valores de satisfação na relação, menores se encontrarão os níveis de depressão. Da correlação entre a variável satisfação na relação e os níveis de stresse, observou-se a existência de uma correlação moderada e negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,265;p<0,0001$), assinalando desta forma, que quanto mais altos forem os níveis de satisfação sexual na relação menores se encontrarão os níveis de stresse. Por ultimo, constata-se uma correlação moderada e negativa e estatisticamente significativa entre a satisfação sexual na relação



e a ansiedade ($r=-0,317$; $p<0,0001$), mostrando que quantos mais altos foram os valores de satisfação sexual na relação, menores serão os índices de ansiedade (cf. Tabela 50).

Tabela 50: Resultados da relação entre o grau de Satisfação Sexual e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse (n=335).

	Ansiedade		Depressão		Stresse	
	r (Pearson)	p	r (Pearson)	p	r (Pearson)	p
Satisfação Ego-Focada	-0,249	,0001*	-0,220	,0001*	-0,216	,0001*
Satisfação Focada no Parceiro	-0,239	,0001*	-0,244	,0001*	-0,164	,003
Satisfação na relação	-0,317	,0001*	-0,289	,0001*	-0,265	,0001*

* $p<0,0001$

Da correlação entre o grau de Comunicação Sexual Diádica e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse verificou-se que existe uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa ($r=0,320$; $p<0,0001$), apontando desta forma, que quanto maiores forem os níveis de comunicação sexual diádica maiores serão os níveis de ansiedade, depressão e stresse. Numa leitura mais aprofundada, é de salientar que do estabelecimento da correlação entre os níveis de comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação e os níveis de depressão apurou-se que existe uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa ($r=0,337$; $p<0,0001$), demonstrando que quanto mais elevados se encontram os valores de comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação, maiores são os níveis de depressão. O mesmo se verifica com a variável stresse que no estabelecimento da correlação entre a comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação e os níveis de stresse salienta-se que existe uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa ($r=0,279$; $p<0,0001$), demonstrando que quanto mais elevados se encontram os valores de comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação, maiores são os níveis de stresse. Dentro da escala de ansiedade, depressão e stress, resta-nos verificar a correlação entre a ansiedade e a comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação, onde se verificou a existência de uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa ($r=0,314$; $p<0,0001$) explicando desta forma que quanto mais altos se encontrem os níveis de comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação, maiores serão os níveis de ansiedade.

No que diz respeito ao segundo fator da escala de comunicação sexual diádica, sendo esta focada nas capacidades de comunicação, da sua correlação com os níveis de depressão, verificou-se que existe uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa ($r=0,212$; $p<0,0001$) apontando para que quanto mais elevados forem os valores de capacidade de comunicação, maiores serão os valores de depressão. Do estabelecimento da correlação entre os níveis de capacidades de comunicação e o stresse apurou-se que existe uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa ($r=0,195$; $p<0,0001$) demonstrando que quanto mais elevados forem os valores de



capacidades de comunicação, maiores se encontrarão os valores nos níveis de stresse. Para a correlação entre as capacidades de comunicação diádica e a ansiedade, é de salientar que existe uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa ($r=0,206;p<0,0001$) explicando desta forma que quanto mais alto são os valores de capacidades de comunicação, mais altos serão os valores de ansiedade.

No último fator encontrado na escala de comunicação sexual diádica, referente à abertura à comunicação e da correlação entre ela e os valores de depressão, verificou-se uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa ($r=0,160;p=0,003$) indicando que quanto mais altos forem os valores de abertura à comunicação, maiores se encontrarão os níveis de depressão. Da correlação entre a variável abertura à comunicação e os níveis de stresse, observou-se a existência de uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa ($r=0,124;p=0,023$), assinalando desta forma, que quanto mais altos forem os níveis de abertura à comunicação, maiores se encontrarão os níveis de stresse. Por ultimo, constata-se uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa entre a abertura à comunicação e a ansiedade ($r=0,168;p=0,002$), mostrando que quanto mais altos forem os valores de abertura à comunicação, maiores serão os índices de ansiedade (cf. Tabela 51).

Tabela 51: Resultados da relação entre o grau de Comunicação Sexual Diádica e os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse (n=335).

	Ansiedade		Depressão		Stresse	
	r (Pearson)	p	r (Pearson)	p	r (Pearson)	p
Obstáculos à comunicação	0,314	,0001*	0,337	,0001*	0,279	,0001*
Capacidade de comunicação	0,206	,0001*	0,212	,0001*	0,195	,0001*
Abertura à comunicação	0,168	,002	0,160	,003	0,124	,023

* $p<0,0001$

Do estabelecimento da correlação entre os níveis de Comunicação Sexual Diádica e o grau de Satisfação Sexual verificou-se que existe uma correlação forte positiva e estatisticamente significativa ($r=0,633;p<0,0001$), apontando desta forma, que quanto maiores forem os níveis de comunicação sexual diádica, maior será o grau de satisfação sexual. Numa leitura mais aprofundada, é de salientar que do estabelecimento da correlação entre os níveis de comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação e o grau de satisfação sexual ego-focada apurou-se que existe uma correlação forte, negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,476;p<0,0001$), demonstrando que quanto mais elevados se encontram os valores do fator obstáculos à comunicação, menores são os níveis de satisfação sexual ego-focada. O mesmo se verifica com o fator satisfação sexual focada no parceiro que no estabelecimento da correlação entre a comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação é de salientar que existe uma correlação



forte negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,535;p<0,0001$), demonstrando que quanto mais elevados se encontram os valores de comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação, menor se encontram os valores de satisfação sexual focada no parceiro. Dentro da escala de satisfação sexual, resta-nos verificar a correlação entre a comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação e a satisfação sexual na relação, onde se verificou a existência de uma correlação forte negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,439;p<0,0001$) explicando desta forma que quanto mais altos se encontrem os níveis de comunicação sexual diádica - obstáculos à comunicação, menor serão os níveis de satisfação sexual na relação.

No que diz respeito ao segundo fator da escala de comunicação sexual diádica, sendo esta focada nas capacidades de comunicação, da sua correlação com o grau de satisfação sexual ego-focada, verificou-se que existe uma correlação forte negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,424;p<0,0001$) apontando para que quanto mais elevados forem os valores de capacidade de comunicação, menores serão os valores de satisfação sexual ego-focada. Do estabelecimento da correlação entre os níveis de capacidades de comunicação e a satisfação sexual focada no parceiro apurou-se que existe uma correlação forte negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,572;p<0,0001$) demonstrando que quanto mais elevados forem os valores de capacidades de comunicação, menores se encontrarão os valores nos níveis de satisfação sexual focada no parceiro. Para a correlação entre as capacidades de comunicação diádica e a satisfação na relação, é de salientar que existe uma correlação forte negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,417;p<0,0001$) explicando desta forma que quanto mais alto são os valores de capacidades de comunicação, mais baixo será o grau de satisfação na relação.

No último fator encontrado na escala de comunicação sexual diádica, referente à abertura à comunicação e da correlação entre ela e o grau de satisfação sexual ego-focada, verificou-se uma correlação forte negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,467;p<0,0001$) indicando que quanto mais altos forem os valores de abertura à comunicação, menores se encontrarão os valores de satisfação sexual ego-focada. Da correlação entre a variável abertura à comunicação e o grau de satisfação sexual focada no parceiro, observou-se a existência de uma correlação moderada negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,398;p<0,0001$), assinalando desta forma, que quanto mais altos forem os níveis de abertura à comunicação, menores se encontrarão os valores de satisfação sexual focada no parceiro. Por último, constata-se uma correlação forte negativa e estatisticamente significativa entre a abertura à comunicação e a satisfação sexual da relação ($r=-0,426;p=0,002$), mostrando que quanto mais altos forem os valores de abertura à comunicação, menores serão os índices de satisfação sexual da relação (cf. Tabela 52).



Tabela 52: Resultados da relação entre o grau de Comunicação Sexual Diádica e o nível de Satisfação Sexual (n=335).

	Satisfação Sexual ego-focada		Satisfação Sexual focada no parceiro		Satisfação Sexual na relação	
	r (Pearson)	p	r (Pearson)	p	r (Pearson)	p
Obstáculos à comunicação	-0,476	,0001*	-0,535	,0001*	-0,439	,0001*
Capacidade de comunicação	-0,424	,0001*	-0,572	,0001*	-0,417	,0001*
Abertura à comunicação	-0,467	,0001*	-0,398	,0001*	-0,426	,0001*

*p<0,0001

5. Discussão de Resultados

Sendo a obesidade considerada como uma doença crónica, multicausal e multifatorial que requer esforços continuados com vista ao seu controlo e indubitável e conseqüentemente estar associada a problemáticas sociais e psicológicas graves que afeta todo o tipo de indivíduos no que diz respeito à idade, género e estatuto social (Costa, et al., 2008), pretendeu-se com este estudo investigar a influência da obesidade com perturbações psicológicas como a ansiedade, depressão e stresse, bem como a sua influência na satisfação e comunicação sexual. Como tal, foram utilizados quatro instrumentos distintos, sendo o primeiro um questionário sociodemográfico, através do qual se pretendeu fazer uma recolha de dados dos participantes, como a idade, o género, estatuto social, peso e altura para posteriormente ser calculado o IMC. O segundo instrumento utilizado foi a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse com o intuito de avaliar os níveis de ansiedade, depressão e stresse consoante o IMC dos participantes, o seu género, estatuto profissional e o nível de escolaridade. Esta escala apresentou uma consistência interna excelente (0,945). O terceiro instrumento utilizado foi a Escala de Satisfação Sexual, avaliando desta forma os níveis de satisfação sexual dos participantes comparando o IMC, o género, o estado civil, e comparando também se a importância que os participantes dão à sexualidade para o seu equilíbrio pessoal contribui para melhores níveis de satisfação sexual. Esta escala apresentou também uma consistência interna excelente (0,953). O último instrumento utilizado foi a Escala de Comunicação Sexual Diádica que pretende avaliar a forma como os sujeitos interpretam conversas de temas que abordam a sexualidade com os seus parceiros, esta escala apresentou uma consistência interna muito boa (0,893). Dentro desta escala também se pretendeu estabelecer a comparação entre os seus valores com o IMC dos participantes, o género e o estado civil.

É importante referir que na amostra recolhida nesta investigação, os níveis de funcionamento psicoemocional, nomeadamente os níveis de ansiedade, depressão e stresse, se encontram reduzidos no que diz respeito à pontuação da escala. Relativamente aos valores



alcançados pela amostra da presente investigação no que diz respeito à satisfação sexual, estes encontram-se acima da média. Tais resultados poderão estar relacionados com o facto de a amostra do estudo incidir sob uma média de idades relativamente jovem (30,75 anos), pode também refletir-se nestes valores a questão do estatuto socioeconómico, visto 158 participantes do estudo terem uma perceção de bom suporte social e cerca de metade da amostra (50,1%) encontra-se empregada, ou seja, também a situação profissional pode interferir com o bem-estar psicoemocional, a satisfação e comunicação sexual. Também de forma a justificar, os níveis reduzidos de ansiedade, depressão e stresse e comunicação sexual, e níveis elevados de satisfação sexual, pode haver relação com o nível de escolaridade, visto mais de metade da amostra possuir habilitações literárias ao nível de licenciaturas, pós-graduações, mestrados e doutoramentos, ou seja, poderá dizer-se que é uma amostra com um nível de instrução elevado. Ainda no que toca à satisfação sexual, os valores elevados poderão também estar relacionados com o estado civil da amostra, visto 61,5% serem solteiros e apenas 17% afirma não ter parceiro sexual, isto poderá ser explicado pelo facto de os solteiros com parceiro sexual, terem encontros com os parceiros mais esporádicos que possibilitam e ajudam a intensificar a qualidade da interação sexual, pode também apontar-se a valorização da liberdade, como explicação para maiores níveis de satisfação sexual, o mesmo dificilmente acontece com os participantes casados e a viverem em união de facto.

As evidências nos estudos apoiam a hipótese de que a redução da obesidade se encontra diretamente associada com saúde mental, particularmente a ansiedade, depressão e stresse, daí ser vantajoso o acompanhamento psicoterapêutico dos indivíduos que se encontram em programas de perda de peso (Torres-Mendoza, et al., 2009). Assim, os resultados obtidos na presente investigação suportam a ideia de que são os participantes com um IMC mais elevado que apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão e stresse. Estes resultados são também corroborados pelo estudo realizado nos Estados Unidos com 40000 participantes, onde se concluiu que a obesidade está associada com um risco aumentado do desenvolvimento de perturbações de humor e de ansiedade (Petry, et al., 2008).

No presente estudo verificou-se também que os diferentes níveis de ansiedade, depressão e stresse se verificam com maior incidência nos participantes do género feminino e tal poderá ser justificado pela distorção da imagem corporal que estas possuem, impedindo-as de ter uma vida diária com experiências prazerosas e serem facilmente alvos de discriminação e tal como se pode verificar no estudo de Kasen et al (2008), as mulheres têm mais tendência a internalizar as perceções negativas relativas à obesidade. Na cultura ocidental o estereótipo de beleza que se encontra muitas vezes associado a sucesso e que é transmitido pelos meios de comunicação social projeta a imagem de uma mulher magra, que faz com que muitos indivíduos iniciem um processo de rejeição do seu próprio peso e forma corporal (Woertman & van den Brink, 2012). No entanto, é importante salientar a elevada heterogeneidade dos dois grupos de comparação, caracterizada pelo facto de na presente investigação, o número de participantes do género feminino ser mais elevado que o género masculino.



No que respeita aos níveis de ansiedade, depressão e stresse em função do estatuto profissional, verifica-se que são os participantes reformados que evidenciam maiores valores de ansiedade e depressão, embora muito próximos dos níveis evidenciados pelos participantes desempregados. Deste modo, os sujeitos com níveis mais baixos de ansiedade, depressão e stresse são aqueles que se encontram empregados e os que trabalham em casa. Logo, podem justificar-se estes resultados com o facto de os empregados estarem de certa forma a desempenhar um papel mais ativo na sociedade, enquanto os reformados se deparam com a ausência de objetivos profissionais, posterior diminuição do suporte sócio-familiar, a perda de estatuto ocupacional e económico, provocando assim sentimentos de desânimo e tristeza (Martins, 2008). Contudo, na presente investigação, tais resultados podem ter sido condicionados pelo baixo número de participantes reformados. Seria portanto importante a realização de novos estudos que abordem esta questão.

Se os níveis de ansiedade, depressão e stresse se alteram consoante o estatuto profissional, o mesmo não se verifica relativamente ao nível de escolaridade. Os resultados obtidos não revelam diferenças estatisticamente significativas, no entanto verificou-se que os níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stresse se encontravam nos participantes com apenas o 1º ciclo de estudos, assim como os níveis mais reduzidos se encontravam nos participantes que habilitações académicas ao nível do ensino superior, tal acontecimento poderá ser explicado pela capacidade de resistência psicológica às dificuldades da vida diária, que os participantes com níveis de escolaridade mais elevados mantêm.

Segundo Woertman & van den Brink (2012) a imagem corporal e a sexualidade encontram-se intimamente ligadas, não havendo dúvida de que a aparência física é um componente bastante importante nas experiências sexuais. Ribeiro (2008), refere também a existência de fatores que faz com que os sujeitos obesos se sintam sexualmente indesejáveis, aumentando assim o afastamento de relações de proximidade e intimidade com outros sujeitos, tais como a distorção da imagem corporal, a baixa autoestima, histórias de abusos sexuais. Os resultados do presente estudo suportam a ideia de que são os participantes com um IMC mais elevado que registam níveis, também eles, mais elevados de insatisfação sexual.

No que respeita às alterações da satisfação sexual consoante o género dos participantes, verificou-se que o género feminino evidencia níveis mais elevados de satisfação sexual quando o foco se encontra no parceiro, no entanto, são os homens que encontram maior satisfação sexual na relação, tal facto pode encontrar-se relacionado com aquilo que Diehl (2002) afirmou que as exigências de satisfação sexual por parte das mulheres fez com que o objetivo principal do homem deixasse de ser a satisfação das suas necessidades internas, mas também a melhoria do seu desempenho sexual com vista a satisfação das necessidades da sua companheira. E não esquecendo o facto de a satisfação relacional estar intimamente interligada com a satisfação sexual, quanto maior se encontrar a satisfação relacional, maior se encontrará a satisfação sexual (Byers & MacNeil, 2006). Os homens e as mulheres que dizem encontrar-se satisfeitos com os seus



relacionamentos conjugais também relatam estar satisfeitos com os seus relacionamentos sexuais (Pechorro, et al., 2009).

É o grupo dos participantes divorciados ou separados que revela níveis mais baixos de satisfação sexual, nomeadamente na satisfação sexual focada no parceiro e também quando se encontra focado em si próprio. No entanto, é também o grupo dos casados ou participantes que vivem em união de facto que apresentam menores níveis de satisfação sexual na relação, sendo a diferença entre os grupos estatisticamente significativa. Os resultados remetem para níveis de satisfação sexual mais baixos tanto, quando existe maior comprometimento, como é o caso dos participantes casados que mantêm a tarefa de conservar a relação, mesmo quando vista como chata e cansativa, tal como se pode verificar num estudo brasileiro em que os participantes não valorizam a melhoria da sexualidade como possível vantagem de viver casado (Féres-Carneiro, 2005) e também aquilo que é preconizado por Thomas e Ozechowski (2000), de que o passar dos anos altera o nível de satisfação sexual, quer conjugal, quer sexual, como também existem valores mais baixos quando os participantes se encontram sem qualquer relacionamento estabilizado. Aqueles que neste estudo se encontram com níveis mais elevados de satisfação sexual em qualquer dimensão, são os solteiros com parceiro sexual.

No que diz respeito ao nível de satisfação sexual de acordo com a importância da sexualidade para o equilíbrio pessoal, verificou-se nos resultados obtidos nesta investigação que os participantes que percecionam a sexualidade como muito importante para o seu equilíbrio pessoal se encontram inevitavelmente remetidos para melhores resultados na satisfação sexual geral.

Na relação entre a comunicação sexual diádica e os diferentes IMC, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, não existindo portanto uma relação de proximidade entre as variáveis em estudo. No entanto, através da observação das médias resultantes desta análise, pode salientar-se que em qualquer das subescalas da Escala de Comunicação Sexual Diádica, o que se verifica é que são os participantes que têm um IMC mais elevado que apresentam menores capacidades de comunicação, mais obstáculos à comunicação e menor abertura à comunicação.

O que se pode verificar quando se correlaciona a satisfação sexual com as variáveis psicoemocionais, é que estas se encontram de forma inversamente proporcional, ou seja, aquilo que se verifica é que quando a satisfação sexual se encontra aumentada, a ansiedade, depressão e stresse apresenta-se mais reduzida. O mesmo se poderá dizer acerca da correlação entre o grau de comunicação sexual e os níveis de ansiedade, depressão e stresse, apontando desta forma, que quanto mais diminuídos se apresentarem os níveis de comunicação sexual, menores serão os valores de ansiedade, depressão e stresse. A comunicação sexual é um importante componente dos relacionamentos íntimos, no que diz respeito a discussões abertas de temas como as preferências e fantasias sexuais e o próprio desempenho sexual entre os parceiros sexuais. A comunicação sexual encontra-se associada a uma maior satisfação sexual, bem como de um melhor ajustamento, coesão e satisfação do relacionamento (Brogan, et al., 2009; Widman, et al., 2006), o mesmo se verifica na presente investigação, quando correlacionados os níveis de comunicação sexual diádica e a satisfação sexual.



É importante ter em conta que, no que concerne à satisfação e comunicação sexual, se referem apenas à perceção de apenas um dos pertencentes da díade, ou seja, a perceção que esse participante tem, relativamente à sua sexualidade, poderá não corresponder à perceção que o outro poderá ter.

Deste modo, da investigação realizada foram retiradas algumas conclusões que se revelam pertinentes para a compreensão de variáveis como a sexualidade e a sua relação com a obesidade. Salientando o objetivo principal deste estudo, considera-se importante sublinhar que nesta amostra são os participantes com maior IMC que vêm refletidos piores desempenhos, tanto a nível das variáveis psicemocionais, como também nas variáveis referentes à sexualidade. É também o género feminino que evidencia maiores níveis de ansiedade, depressão e stresse, em contrapartida é o género masculino que pontua mais na satisfação sexual e menos na comunicação sexual, facto este, que justifica a necessidade de se refletir mais sobre a problemática dos baixos valores de satisfação sexual no género feminino.

De acordo com os estudos apresentados de Woertman e colaboradores (2012), os resultados indicam proximidade da imagem corporal com a sexualidade, nomeadamente com a satisfação sexual, na medida em que a primeira influencia e é influenciada pela segunda, assim como o estudo de Brogan e colaboradores (2009) apoiam os resultados apresentados de que a comunicação sexual se encontra intimamente ligada com a satisfação sexual.

As conclusões deste estudo, dão desta forma um novo contributo para a investigação no âmbito da obesidade e a sua relação com a sexualidade, nomeadamente a satisfação e comunicação sexual. O número de participantes no estudo, permite que sejam retiradas conclusões gerais relativamente à população portuguesa, tendo sido possível determinar a importância do peso corporal nas variáveis psicemocionais, satisfação e comunicação sexual. Neste estudo, teve-se em consideração a preservação das questões éticas, no que diz respeito à confidencialidade e anonimato.

Contudo, algumas limitações podem ser apontadas a este estudo, entre elas pode salientar-se a temática escolhida, visto que a sexualidade ainda pode ser percecionada como tabu, do qual as pessoas podem sentir embaraço por partilhar aspetos acerca da sua sexualidade ou mesmo a ausência dela. Pode também referir-se como limitação, a heterogeneidade da amostra, no que respeita às habilitações académicas, o nível de escolaridade, o estado civil, o género e também o IMC, comprometendo a representatividade de alguns grupos. O facto de a recolha de dados ter sido realizada online pode se apresentar como uma limitação por restringir a amostra a uma população capaz de trabalhar com tecnologia informática, tentando-se minimizar esta limitação com a impressão dos instrumentos. A amostra pode ter sido condicionada pela extensão dos instrumentos utilizados, dado que estes foram organizados no âmbito de vários trabalhos simultâneos, no qual este se encontra inserido. Apresenta-se ainda como limitação a impossibilidade de encontrar literatura que abranja o estudo da obesidade relacionada com a comunicação sexual, facto este, que dificulta o processo de discussão dos resultados obtidos.



No entanto, permanece a pertinência de se elaborarem novos estudos sobre a temática da obesidade e a sua relação com a sexualidade, de forma a serem mais aprofundadas algumas variáveis para uma melhor compreensão de determinados aspetos.





6. Referências Bibliográficas

- Aaron, D. J., & Hughes, T. L. (2007). Association of childhood sexual abuse with obesity in a community sample of lesbians. *Obesity (Silver Spring, Md)*, 15(4), 1023-1028.
- Abdo, C. H. N., & Fleury, H. J. (2006). Diagnostic and therapeutic aspects of female sexual dysfunctions. *Revista de Psiquiatria Clinica*.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Amaral, O., & Pereira, C. (2008). Obesidade da genética ao ambiente. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu*, 34.
- APA. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Araujo, A. A., Brito, A. M., Ferreira Mde, N., Petribu, K., & Mariano, M. H. (2009). Changes the sexual quality of life of the obeses submitted Fobi-Capella gastroplasty surgery. *Rev Col Bras Cir*, 36(1), 42-48.
- Atlantis, E., & Baker, M. (2008). Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *Int J Obes (Lond)*, 32(6), 881-891.
- Baile, J. I., & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34, 253-261.
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., & Moreau, C. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ*, 1-9.
- Batista, M. I. R. C., & Silva, H. C. M. (2010). Atividade Sexual na Doença Cardíaca. *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, 8(25), 8.
- Bariátrica, S. B. d. C. (2011). Tipos de Cirurgia. Retirado a 6 de maio, 2012
- Baumeister, H., & Harter, M. (2007). Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int J Obes (Lond)*, 31(7), 1155-1164.
- Bjerkeset, O., Romundstad, P., Evans, J., & Gunnell, D. (2008). Association of Adult Body Mass Index and Height with Anxiety, Depression, and Suicide in the General Population. *American Journal of Epidemiology*, 167, 193-202.
- Bond, D. S., Vithiananthan, S., Leahey, T. M., Thomas, J. G., Sax, H. C., Pohl, D., et al. (2009). Prevalence and degree of sexual dysfunction in a sample of women seeking bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 5(6), 698-704.



- Bond, D. S., Wing, R. R., Vithiananthan, S., Sax, H. C., Roye, G. D., Ryder, B. A., et al. (2011). Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 7(1), 1-7.
- Bridges, A., Lease, S., & Ellison, C. (2004). Predicting Sexual Satisfaction in Women: Implications for Counselor Education and Training. *Journal of counseling e development*, 82(2), 158-166.
- Brogan, S. M., Fiore, A., & Wrench, J. S. (2009). Understanding the Psychometric Properties of the Sexual Communication Style Scale. *Human Communication*, 12(4), 421-445.
- Byers, E. S., & MacNeil, S. (2006). Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 32(1), 53-69.
- Capellá, A. (2003). *Sexualidades humanas, amor e loucura*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carmo, I., Dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., et al. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev*, 9(1), 11-19.
- Caro, J. F. (2002). *Definitions and classifications of obesity*: Endotext.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Autoconceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 39-46.
- Catania, J. A. (1998). Dyadic Sexual Communication Scale. *Handbook of Sexuality-Related Measures* (1º ed., pp. 129-131). San Francisco: Sage Publications.
- Costa, A. C. C., Ivo, M. L., Cantero, W. d. B., & Tognini, J. R. F. (2008). Obesity in candidates for bariatric surgery.
- Diehl, A., Falcke, D., & Wagner, A. (2004). A qualidade do funcionamento sexual de homens e mulheres. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 15.
- Dobrow, I. J., Kamenetz, C., & Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63-67.
- Estatística, I. N. d., & Jorge, I. N. D. R. (2007). *4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006*.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria*, 26, 47-51.
- Féres-Carneiro, T. (2005). *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: PUC-Rio.



- Ferraz, E. M., Arruda, P. C. L. d., Bacelar, T. S., Ferraz, Á. A. B., Albuquerque, A. C. d., & Leão, C. S. (2003). Surgical Treatment of Morbid Obesity. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* 30, 98-105.
- Figueiredo, A. R. V. T. d. (2009). *Comportamento Alimentar, Qualidade de Vida e Personalidade em Pessoas Obesas: Um estudo na População Portuguesa*. Universidade do Porto, Porto.
- Filardo, R. D., & Petroski, E. L. (2007). Prevalência de sobrepeso e obesidade em homens adultos segundo dois critérios de diagnóstico antropométrico. *Motricidade*, 3, 46-54.
- Gadalla, T. M. (2009). Association of obesity with mood and anxiety disorders in the adult general population. *Chronic Dis Can*, 30(1), 29-36.
- Gomes, F. A. (2010). *Disfunção sexual feminina e masculina: Semelhanças e diferenças*. Paper presented at the NEDO: Núcleo de Endocrinologia, Diabetes e Obesidade.
- Gonçalves, C. A. (2004). O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e género. *Revista Virtual de Humanidades*, 11.
- Greene, K., & Faulkner, S. L. (2005). Gender, Belief in the Sexual Double Standard, and Sexual Talk in Heterosexual Dating Relationships. *Sex Roles*, 53, 239-251.
- Gunther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 201-210.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of sexual behavior*, 26(4), 399-419.
- Hach, I., Ruhl, U. E., Klose, M., Klotsche, J., Kirch, W., & Jacobi, F. (2006). Obesity and the risk for mental disorders in a representative German adult sample. *European Journal of Public Health*, 17, 297-305.
- Holmberg, D., & Blair, K. L. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction, and preferences of men and women in same-sex versus mixed-sex relationships. *Journal of sex research*, 46(1), 57-66.
- Kaneshiro, B., Jensen, J. T., Carlson, N. E., Harvey, S. M., Nichols, M. D., & Edelman, A. B. (2008). Body mass index and sexual behavior. *Obstet Gynecol*, 112(3), 586-592.
- Kasen, S., Cohen, P., Chen, H., & Must, A. (2008). Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *Int J Obes (Lond)*, 32(3), 558-566.
- Kolotkin, R. L., Binks, M., Crosby, R. D., Ostbye, T., Gress, R. E., & Adams, T. D. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity (Silver Spring)*, 14(3), 472-479.
- Larsen, S. H., Wagner, G., & Heitmann, B. L. (2007). Sexual function and obesity. *Int J Obes (Lond)*, 31(8), 1189-1198.



- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de século.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*, 33, 335-343.
- Mariath, A. B., Grillo, L. P., Silva, R. O. d., Schmitz, P., Campos, I. C. d., Medina, J. R. P., et al. (2007). Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 897-905.
- Markowitz, S., Friedman, M. A., & Arent, S. M. (2008). Understanding the Relation Between Obesity and Depression: Causal Mechanisms and Implications for Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(1), 1-20.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: ReportNumber.
- Martins, R. M. (2008). A depressão no idoso. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu*(34), 119-123.
- Neto, A. A., & Santoro, P. D. C. F. (2006). Obesidade e Expressividade Emocional: Padrões de resposta em pessoas obesas e não obesas. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 7, 41-63.
- Nina. (1996). La comunicación y la pareja conyugal. *Psicología Contemporánea*, 3, 66-73.
- Nina. (2008). Sexual communication from the context of couples. *Archivos Hipanoamericanos de Sexología*, XIV(1), 43-56.
- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584.
- Nozaki, V. T., & Rossi, N. M. (2010). Imagem Corporal: Cirurgia Bariátrica. *Saúde e Pesquisa*, 3.
- Oliveira, V. M. d., Linardi, R. C., & Azevedo, A. P. d. (2004). Bariatric Surgery – Psychological and Psychiatric Aspects. *Revista Psiquiatria Clínica*.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5, 229-239.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1(27), 99-108.
- Pereira, A. (2011). *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (7 ed.). Lisboa: Edições Sílabo.



- Pereira, H., Leal, I., & Maroco, J. (2009). *Psicologia da Identidade Sexual*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Petribu, K., Ribeiro, E. S., Oliveira, F. M. F. d., Braz, C. I. A., Gomes, M. L. M., Araujo, D. E. d., et al. (2006). Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 50, 901-908.
- Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H., & Wagner, J. A. (2008). Overweight and Obesity Are Associated With Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine*, 70, 288-297.
- Refoios, S. M., & Tapadinhas, A. R. (2012). Obesidade na Idade Adulta e História de Abuso Sexual.
- Ribeiro, V. L. P. (2008). Obesidade e função sexual. *psicologia.com.pt*,
- Rohden, F., & Russo, J. (2011). Gender differences in the field of sexology: new contexts and old definitions. *Revista de Saúde Pública*.
- Sadigursky, C. A., Lima, B. G. d. C., Silva, T. A. d., & Gregório, M. M. d. M. (2004). Descontinuação de Métodos Contracetivos na Adolescência, 2000-2001. *Sexualidade Humana*, 15, 29-37.
- Saúde, D. g. d. (2005). Causas e consequências da obesidade. Retirado em março 2012, de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/obesidade/causaseconsequenciasdao besidade.htm>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. d. (2011). Dyadic Adjustment and Marital Satisfaction: Correlations among the Domains of Two Marital Evaluation Scales. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 439-447.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., de Girolamo, G., et al. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obes (Lond)*, 32(1), 192-200.
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 68-72.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York,: McGraw-Hill.
- Silva, M. (2008). *Satisfação sexual e autoconceito na mulher com incontinência urinária*. Universidade de Lisboa, Lisboa.



- Simon, G. E., Korff, M. V., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Belle, G. v., et al. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7), 824-830.
- Soares, A. S. B. (2009). *Qualidade de vida, depressão e ansiedade em indivíduos que procuram tratamento para a obesidade*. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Stulhofer, A., Busko, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *J Sex Res*, 47(4), 257-268.
- Tapadinhas, A. R., & Refoios, S. M. (2012). *Obesidade e Sexualidade*.
- Tapadinhas, A. R., & Ribeiro, J. L. P. (2011). *Validação da escala de ingestão compulsiva (BES). Um estudo com uma amostra de obesos portugueses*. Paper presented at the Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.
- Thomas, V., & Ozechowski, T. J. (2000). A test of the Circumplex Model of Marital and Family Systems using the Clinical Rating Scale. *J Marital Fam Ther*, 26(4), 523-534.
- Torres-Mendoza, B. M., Valdivia-Hernández, N., Flores-Villavicencio, M. E., & Vázquez-Valls, E. (2009). Asociación entre ansiedad y obesidad. *Ansiedad y Estrés*, 15, 39-47.
- Tosetto, A. P., & Júnior, C. A. S. (2008). Obesity and symptoms of depression, anxiety and hopelessness in sedentary and non-sedentary women. *Medicina*, 41, 497-507.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). *Abordagem Psicológica da Obesidade Mórbida. Caracterização e Apresentação do Protocolo de Avaliação Psicológica*.
- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. d. (2004). Psychiatric Aspects in the Treatment of Obesity. *Revista Psiquiatria Clinica*, 31, 195-198.
- WHO. (2012a). Depression. Retirado em abril 2012, de http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html
- WHO. (2012b). Obesity and overweight. Retirado em março 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Widman, L., Welsh, D. P., McNulty, J. K., & Little, K. C. (2006). Sexual communication and contraceptive use in adolescent dating couples. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 39(6), 893-899.
- Woertman, L., & van den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res*, 49(2-3), 184-211.



Anexos





Anexo I: Algumas considerações teóricas





Anexo I: Algumas considerações teóricas

1.1 Obesidade

Obesidade é definida como um transtorno de comportamento que reflete um excesso de comida comparado com o dispêndio de energia (Dobrow, et al., 2002).

A obesidade encontra-se associada a diversos fatores sendo eles de carácter genéticos, físicos, sociais e comportamentais. Os fatores genéticos determinam em grande parte a suscetibilidade que o individuo tem para o excesso de peso e obesidade quando em contacto com diversos fatores ambientais (Amaral & Pereira, 2008). Está também associada às mudanças nas dietas alimentares dos indivíduos, aumentando o consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras e diminuindo a alimentação rica em fruta, legumes, cereais e verduras associado a uma diminuição da atividade física tende a aumentar os números de obesidade no mundo (Mariath, et al., 2007).

Sendo a obesidade, considerada a epidemia global do milénio e reconhecida pela OMS como um dos mais importantes problemas de saúde pública com a capacidade de afetar crianças, adultos e idosos com consequências psicológicas e sociais graves. A obesidade é também reflexo de todos os problemas sociais, económicos e culturais enfrentados na atualidade pelos países, tanto os desenvolvidos como os que ainda se encontram em desenvolvimento (Costa, et al., 2008).

Com o aumento significativo da obesidade nos últimos anos em diversas partes do mundo, começa a ser atribuída responsabilidade da mesma, pelo também aumento da mortalidade e morbidade, ou seja, consequentemente os doentes obesos estão sujeitos a uma panóplia de diferentes comorbidades, nomeadamente as doenças cardíacas coronárias, a diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipertensão arterial, apneia do sono e as doenças articulares (Mariath, et al., 2007). Está também associada a outros transtornos psiquiátricos, especialmente depressão, ansiedade, perturbação de personalidade borderline (Baile & González, 2011).

A obesidade insere-se na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como estado físico geral, no entanto ainda não faz parte da classificação do DSM-IV-TR visto ainda não ser considerada como uma síndrome psicológica (APA, 2002).

Classificação da obesidade

O excesso de peso tem em consideração a relação entre o peso e a altura do individuo, quando os ganhos são superiores aos gastos de energia, corre-se o risco de aumento do peso. Segundo os estudos a distribuição morfológica da gordura pelo corpo dos indivíduos está muitas vezes associada a diversas doenças, ou seja, existem dois sub-grupos de distribuição morfológica de gordura, são eles a obesidade ginóide e a obesidade androide. A obesidade ginóide (tipo pera), tem



tendência a uma distribuição da gordura pela região das coxas, ancas e nádegas, é mais característica no sexo feminino e está associada a alterações circulatórias e hormonais. A obesidade androide ou de tipo maçã, mais associada ao sexo masculino, distribuindo a gordura corporal mais pela região do abdômen, neste tipo de obesidade existe a tendência para o desenvolvimento de distúrbios metabólicos, como a dislipidemia, hipertensão arterial, doença cardíaca, intolerância à glicose e também a distúrbios pulmonares como é o caso da apneia do sono, elevando também o risco da ocorrência de diabetes mellitus tipo II (Amaral & Pereira, 2008; Mariath, et al., 2007).

O excesso de peso e a obesidade podem ser calculados através de medidas antropométricas, como o peso, a altura, o perímetro cefálico, o perímetro braquial e a circunferência abdominal (WHO, 1995 cit in Amaral & Pereira, 2008). São medidas muito frequentemente utilizadas visto terem características fáceis, não invasivas e de baixos custos para assim ser possível determinar as proporções corporais dos indivíduos. A medida antropométrica utilizada com mais frequência é o Índice de Massa Corporal (IMC) fórmula criada pelo antropólogo Quetelet, resulta da divisão do peso do indivíduo pelo quadrado da sua altura, onde o peso se apresenta em quilogramas e a altura em metros. É necessária uma atenção redobrada, visto o IMC não fazer a distinção entre as massas de gordura e muscular o que por vezes pode gerar erros (Filardo & Petroski, 2007). A classificação proposta pela OMS para adultos e conseqüentemente o risco de comorbidades associado é a seguinte:

Tabela 1: Classificação da Obesidade de acordo com a OMS (Amaral & Pereira, 2008)

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de comorbidade
Baixo Peso	<18.5	Baixo
Normal	18.5 - 24.9	Médio
Excesso de peso	25.0 - 29.9	Aumentado
Obesidade Grau I	30.0 - 34.9	Moderado
Obesidade Grau II	35.0 - 39.9	Grave
Obesidade Grau III	≥ 40.0	Muito Grave

Outra medida passível de ser utilizada na avaliação da obesidade é a circunferência abdominal, relacionada com a quantidade de gordura intra-abdominal e calculada através da razão entre os valores da cintura e a anca, esta medida é importante na caracterização da obesidade androide.

Tabela 2: Classificação da obesidade através da circunferência abdominal (Amaral & Pereira, 2008)

	Risco elevado	Alto risco
Homens	94 - 102 cm	>102 cm
Mulheres	80 - 88 cm	>88 cm



Obesidade em adultos em Portugal

Portugal como no resto do mundo também tem visto aumentado os níveis de obesidade. Tal como em outros países no sul da Europa, Portugal tem vindo a modernizar-se, beneficiando de melhores condições socioeconómicas, tanto a nível de urbanização como em melhores condições nos trabalhos sendo todas estas melhorias seguidas de um aumento dos níveis de sedentarismo e maus hábitos alimentares, estando estes comportamentos associados ao aumento das taxas de obesidade.

Num estudo realizado a nível nacional por Carmo et al (2007), constituído por uma população de 8116 indivíduos, verifica-se que mais de metade da população portuguesa entre os 18 e os 64 anos está com excesso de peso ou obesidade, sendo que os valores mais altos se encontram na população masculina que tem vindo a aumentar desde um outro estudo realizado entre 1995-1998, os valores nas mulheres diminuíram de 15,4% para 13,4%, enquanto os homens aumentaram de 12,9% para 14,2%, essa diminuição entre a população feminina pode ser explicado pelas preocupações crescentes com o corpo e também uma procura de tratamento mais acentuada por parte das mulheres, esse aumento significativo passou de 49,6% para 53,6% na última década, sendo este aumento mais significativo nos homens (60,2%) do que nas mulheres (47,8%) como já se confirmou acima.

Verificou-se também que associado à obesidade se encontram o nível de escolaridade e o estatuto sócio-económico, ou seja, quanto mais baixo for o nível de escolaridade e o estatuto sócio-económico, mais alta será a tendência para a obesidade. De acordo com o estado civil, verifica-se que em ambos os sexos os valores de obesidade são mais elevados nos indivíduos casados (Carmo, et al., 2008).

Experiências adversas na infância e adolescência e obesidade

As experiências adversas ao longo da infância e adolescência, podem desde logo aumentar a vulnerabilidade no desenvolvimento de psicopatologia. Estas experiências referem-se a acontecimentos que poderão afetar os aspetos físicos, psicológicos, emocionais e/ou sociais do indivíduo, podendo o seu desenvolvimento ser posto em causa. Sendo assim, vários estudos descobriram que a obesidade é mais prevalente entre homens e mulheres com histórias de abuso sexual na infância (Aaron & Hughes, 2007). É importante salientar a prevalência de antecedentes traumáticos nos doentes obesos, nomeadamente histórias de algumas formas de maus-tratos infantis: abusos emocionais (59%), abusos físicos (36%), abusos sexuais (30%), negligência emocional (69%) e negligência física (49%) (Pull, 2004 citado por Refoios & Tapadinhas, 2012). A associação entre abusos físicos e sexuais na infância com a obesidade existe independentemente da idade, etnia ou nível de instrução. Os indivíduos com perturbações do comportamento alimentar têm maior probabilidade de fazer referência a histórias de maus tratos ou negligência na infância ou



adolescência, ou outras adversidades ocorridas nessa fase da vida do sujeito, como também nas relações parentais problemáticas (Refoios & Tapadinhas, 2012).

De acordo com alguns estudos, um terço dos candidatos adultos a cirurgia bariátrica afirmou ter tido história de abusos sexuais na infância, correspondendo a taxas, aproximadamente, duas a três vezes superiores às amostras da população normativa (Clark et al, 2007, citado por Refoios & Tapadinhas, 2012).

São propostas algumas teorias de explicação para o facto das histórias de abuso contribuírem para o aumento da obesidade, e uma delas, defende que a obesidade terá sido experienciada como um mecanismo de defesa contra potenciais avanços sexuais, tendo desta forma a obesidade servido como barreira para a possível ocorrência de intimidade, bem como na possibilidade de se tornarem novamente, objetos de interesse para os abusadores, tendendo desta forma ao ganho de peso com o objetivo de se tornarem menos atraentes (Gustafson & Sarwer, 2004; Smith et al., 2010; Wiederman et al., 1999 citado por Refoios & Tapadinhas, 2012). Outra teoria defende que após a história de abuso sexual na infância, o conforto de comer poderá ter uma função adaptativa (Wiederman et al., 1999, citado por Refoios & Tapadinhas, 2012).

Perturbações do comportamento alimentar e obesidade

As perturbações do comportamento alimentar são caracterizadas por desvios do comportamento alimentar (APA, 2002). As perturbações do comportamento alimentar mais conhecidas e que fazem parte do manual de diagnóstico são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. A Anorexia Nervosa é caracterizada pela recusa em manter um peso corporal normal mínimo. A Bulimia Nervosa é caracterizada por episódios repetidos de voracidade alimentar, seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados, tais como vômito autoinduzido; abuso de laxantes, diuréticos; jejum, ou exercício físico excessivo (APA, 2002).

Ultimamente a obesidade tem sido intimamente relacionada com as perturbações do comportamento alimentar, tendo sido alvo de diversos estudos (Planell & Marí, 2002, citado por Figueiredo, 2009).

A obesidade não é ainda considerada no DSM-IV-TR como uma perturbação do comportamento alimentar, no entanto, alguns estudos foram realizados com o intuito de esclarecer se a obesidade pode ou não ser considerada como uma perturbação alimentar, ou se existe algo patológico no comportamento alimentar dos indivíduos obesos, essas pesquisas realizadas com a técnica da água duplamente marcada (técnica para avaliar certos índices metabólicos), mostraram que de facto os indivíduos obesos comem mais do que os indivíduos de peso normal, mas essa quantidade de comida consumida é proporcional à sua maior massa corporal (Dobrow, et al., 2002). Existem alguns subgrupos de indivíduos obesos com padrões anormais de consumo alimentar, os que têm perturbação da ingestão compulsiva e outros com síndrome de ingestão noturna (Dobrow, et al., 2002). A perturbação da ingestão compulsiva ou binge eating disorder (BED) é uma nova



entidade nosológica, encontrando-se no DSM-IV-TR no apêndice B, os indivíduos com perturbação da ingestão compulsiva, experimentam episódios de consumo descontrolado de grandes quantidades de comida não sendo seguido por qualquer comportamento compensatório, a compulsão alimentar é acompanhada por sentimentos de angústia, vergonha, nojo ou culpa (APA, 2002; Dobrow, et al., 2002; Tapadinhas & Ribeiro, 2011). A síndrome de ingestão noturna, é caracterizada por três componentes principais: anorexia matinal, angústia psicológica e alterações no padrão do sono. Os indivíduos portadores de síndrome de ingestão noturna consomem grande parte dos seus alimentos entre as 22 e as 6 horas. A característica que distingue os indivíduos com perturbação da ingestão compulsiva dos que têm síndrome da ingestão noturna é o nível de desinibição, os pacientes com perturbação da ingestão compulsiva têm níveis mais altos de desinibição, outros dados acerca das características da síndrome de ingestão noturna demonstraram que estão associadas a depressão, baixa autoestima e diminuição da fome durante o dia (Dobrow et al, 2002).

Tratamento

A obesidade é vista como uma doença crónica, que não tem cura, mas tem tratamento, sendo assim o primeiro passo a ser tomado é a consciência de que é necessário mudar os hábitos alimentares e aumentar a atividade física (Gonçalves, 2004).

É necessário para o tratamento da obesidade realizar uma análise complexa de todos os dados do doente, antes do mesmo ser orientado para a cirurgia bariátrica, e não esquecendo que a obesidade está associada a diversas comorbilidades um programa de intervenção não pode deixar de atender o seu carácter complexo, sendo assim a organização de equipas multidisciplinares é de extrema importância compostas por médicos-cirurgiões, nutricionista, psicólogo, entre outras especialidades quando necessário. Toda a equipa tem de ter os conhecimentos prévios acerca da doença, ou seja, perceber quais as alterações que a obesidade acarreta, para que assim seja possível um acompanhamento mais eficaz no auxílio do doente para estar motivado para o tratamento correto, uma vez que a doença atua na consequência da doença (peso) e não na sua causa (Costa, et al., 2008).

O empenho de toda a equipa e a capacidade da mesma de informar o doente de todo o processo, retirar da ideia do doente todas as crenças miraculosas em relação à cirurgia é de extrema importância, é também de salientar ao doente o seu próprio papel na perda de peso, explicar que o agente principal da equipa é ele próprio, os técnicos podem orientar no caminho, mas nunca o fazer por ele (Costa, et al., 2008).

No entanto, e devido a diversos fatores a intervenção na obesidade ainda acarreta grandes dificuldades, visto a mesma só muito recentemente ter sido considerada como uma doença, leva com que muitos indivíduos não a vejam como tal, o facto de a obesidade ser desenvolvida num processo demasiadamente demorado ao longo da vida dos indivíduos e as expectativas dos doentes é que se espera que fique resolvido em algumas semanas, e por ultimo, e como já foi referido acima



ainda não são suficientemente conhecidos e compreendidos a sua etiologia e patofisiologia (Caro, 2002).

Franques (2006, citado por Castro, 2006) refere que “uma pessoa que não é capaz de se reconhecer como é agora, resultado de anos de uma doença crónica e sem cura, muito provavelmente não conseguirá incorporar adequadamente como sua, uma imagem magra e bonita. A passagem de um corpo obeso e disforme para uma aparência agradável e normal deve, antes de tudo, passar pela emoção e pelo consciente. A mente busca sempre o equilíbrio; um corpo magro e um psiquismo obeso não podem conviver. Essa combinação representa o risco de recaídas e insucesso.” Surge deste tipo de pensamentos a necessidade da intervenção do psicólogo, que na obesidade de acordo com o Diário da Republica (portaria 1454/2009, DR. 1º série - Nº 250) pressupõe uma avaliação e intervenção psicológica desde o pré-operatório até aos três anos de pós-operatório. Essa avaliação pretende avaliar o perfil psicológico do obeso candidato a cirurgia bariátrica permite identificar doentes de alto risco, uma vez que independentemente do tipo de intervenção, as características psicológicas, de personalidade e o comportamento alimentar interferem nos resultados do tratamento.

Pode considerar-se que a obesidade é uma doença de difícil tratamento e com taxas de recidiva extremamente altas (Bernard et al, 2005 citado por Figueiredo, 2009), sendo que as alternativas mais comuns de tratamento são a dieta, nomeadamente as dietas pobres em calorias, a aquisição de hábitos de exercício, a introdução de medicação antiobesidade, acompanhamento psicológico e também a cirurgia bariátrica

Cirurgia Bariátrica

A cirurgia bariátrica dentro das técnicas de tratamento da obesidade tem-se mostrado uma técnica de grande auxílio para a perda de peso de alguns casos de obesidade tem também demonstrado ser um procedimento eficaz e seguro com baixas taxas de complicações e mortalidade (Ferraz et al., 2003; Nozaki & Rossi, 2010).

A cirurgia bariátrica é também muito útil para o tratamento das comorbilidades associadas à obesidade (Ferraz et al, 2003).

São candidatos a cirurgia bariátrica os doentes com um IMC acima de 40kg/m² ou aqueles que mesmo estando acima dos 35kg/m² apresentam comorbilidades (Segal & Fandiño, 2002). Como contra-indicações à cirurgia bariátrica considera-se a perturbação psicótica instável, a depressão grave, perturbação de personalidade, os casos de abuso de álcool e drogas, as situações de limitação cognitiva marcada e ausência de suporte social (Oliveira, Linardi, & Azevedo, 2004). Sendo portanto, fundamental o tratamento prévio do transtorno psiquiátrico associado à obesidade para uma maior taxa de sucesso do procedimento cirúrgico (Petribu et al., 2006).

Os procedimentos cirúrgicos podem ser divididos em restritivos, de má-absorção e os de intervenção mista. Os procedimentos restritivos limitam a capacidade do estômago receber a



comida, são eles a Banda Gástrica, que consiste na colocação de uma prótese de silicone em forma de anel em volta da porção de cima do estômago, de modo a provocar uma segmentação gástrica e criar um reservatório mais limitado. A ingestão de alimentos irá portanto rapidamente preencher todo o reservatório, provocando uma sensação de saciedade precoce e a Gastroplastia Vertical Calibrada (Sleeve) que se caracteriza pela remoção de 70 a 80% da parte do corpo do estômago, esta cirurgia demonstra ter muitos benefícios para os doentes com diabetes mellitus tipo II (Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004). Os procedimentos de má-absorção, interferem com a digestão pode ser com Bypass Intestinal que foi abandonada a sua prática pelas diversas complicações associadas e Derivação Bilio-Pancreática ou operação de Scopinaro, reduz-se o estômago a $\frac{1}{4}$ do seu tamanho, conectando-o ao intestino num ponto onde a absorção de alimentos é menor. Os procedimentos de intervenção mista, como o próprio nome indica, têm a combinação dos dois descritos anteriormente com o Bypass Gástrico e o Switch Intestinal (Figueiredo, 2009).

Os resultados esperados com a cirurgia bariátrica são a diminuição das comorbilidades associadas à obesidade e uma melhoria da qualidade de vida (Fandiño, et al., 2004).

1.2 Variáveis Psicoemocionais: Ansiedade, Depressão e Stresse

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), a designação de perturbação de ansiedade abrange diversos tipos de perturbações, como os ataques de pânico, agorafobia, fobia específica, fobia social, perturbação obsessiva compulsiva, perturbação de stresse pós-traumático, perturbação aguda de stresse, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral. Abordando a mais abrangente, a perturbação de ansiedade generalizada, caracterizada por uma preocupação excessiva, que ocorre na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses, perante diversos eventos ou atividades, o indivíduo considera difícil controlar a sua preocupação. A ansiedade e a preocupação são acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais de uma lista que inclui inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; fatigabilidade; dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente; irritabilidade; tensão muscular e perturbação do sono (APA, 2002).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) as perturbações de humor dividem-se em perturbações depressivas, perturbações bipolares e em duas perturbações baseadas na etiologia. As perturbações depressivas abrangem, a perturbação depressiva major, perturbação distímica e perturbação depressiva sem outra especificação. A depressão apresenta desta forma cinco ou mais dos seguintes critérios durante um período de duas semanas alterando o funcionamento prévio do indivíduo, são eles o humor depressivo durante a maior parte do dia, sentimentos de tristeza e de vazio; a diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas as atividades; alterações



do apetite; insónia ou hipersónia quase todos os dias; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia, quase todos os dias; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão e pensamentos recorrentes acerca de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

Para Lovibond & Lovibond (1995), o stresse é encarado como um estado emocional negativo, com a possibilidade de existirem indivíduos que apresentam maior vulnerabilidade a nível biológico, outros a nível psicológico associando sempre com as diversas personalidades e os fatores sociais e culturais (Lovibond & Lovibond, 1995).

Hans Selye, endocrinologista canadiano, dividiu a reação de stresse em três fases distintas, sendo que a primeira fase é a chamada reação de alarme, a segunda fase é a adaptação e a terceira e ultima fase é o chamado esgotamento. A fase de alarme ocorre quando o organismo tem o primeiro contacto com o estímulo stressor e é ativado o sistema neuroendócrino, produzindo as hormonas típicas do stresse, ou seja o cortisol, a adrenalina e a noradrenalina, acelerando desta forma os batimentos cardíacos, dilatação das pupilas, aumento da sudorese e hiperglicemia, paralelamente a digestão é paralisada, o baço é contraído para a expulsão de mais glóbulos vermelhos com o objetivo de aumentar o fornecimento de oxigénio aos tecidos, interrompendo assim a atividade imunológica. Todo este conjunto de alterações fisiológicas ocorre com o objetivo de adaptar o individuo à situação stressora. Quando o individuo é confrontado com o agente stressor, podendo este ser interno ou externo, o organismo desenvolve um processo fisiológico conhecido como a fase de adaptação onde o organismo se adapta, tal como o nome indica à situação nova. No entanto, a energia necessária para esta adaptação é limitada e quando existe persistência do estímulo stressor o organismo poderá entrar na fase de esgotamento (Selye, 1956).

Os problemas emocionais são considerados como uma das consequências da obesidade, sendo que a depressão e ansiedade são os sintomas mais comuns, podendo ter aumento dos níveis quando fazem dietas (Flarherty, 1995 citado por (Vasques, et al., 2004). Pois muitas vezes a obesidade encontra-se associada às questões de estética ou de imagem corporal, mas outtas vezes não se abrange profundamente a sua associação com a saúde física e muito importante também com a saúde mental dos indivíduos (Ribeiro, 2008).

1.3 Sexualidade

A OMS definiu a sexualidade, como uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e por vezes amor. O desenvolvimento da sexualidade ocorre durante toda a vida do individuo e depende da pessoa, das suas características genéticas, das interações ambientais e condições socioculturais, conhecendo diferentes etapas fisiológicas, a infância, a adolescência, idade adulta e os idosos.



A maioria dos homens e mulheres iniciam a sua sexualidade no período da adolescência, sob influência de diversos fatores, como a busca de prazer físico e novas experiências, para ter a aceitação por parte do grupo de pares, também acontece por desafio à sociedade ou à família e também como forma de fugir à solidão (Costa, 2002 citado por (Sadigursky, Lima, Silva, & Gregório, 2004).

Furlani (1998, citado por Diehl, Falcke, Wagner, 2004) refere que a sexualidade ao longo dos anos tem vindo a apresentar mudanças significativas. O facto de a sexualidade visar hoje em dia e contrariamente ao que acontecia anteriormente, a obtenção de prazer e não ser apenas atribuída a função da reprodução (Capellá, 2003). É também sinal de mudança, o caso da independência que as mulheres têm conquistado dos homens e os tabus que ao longo dos tempos se vão ultrapassando, como é o caso da virgindade até ao casamento, todas estas mudanças vão fazendo com que um grande número de mulheres passe a exigir mais dos homens, exemplo disso é a satisfação e o prazer sexual (Diehl, et al., 2004).

No caso dos homens, todas as exigências impostas pelas mulheres, fizeram com que o objetivo principal do homem deixasse de ser a satisfação das suas necessidades internas, mas também a melhoria do seu desempenho sexual com vista a satisfação das necessidades da sua companheira (Diehl, 2002 citado por Diehl et al, 2004).

Todas estas mudanças do comportamento sexual tanto dos homens como das mulheres, não se verificou apenas a nível individual, mas também tiveram consequências na dinâmica e funcionamento sexual dos casais. No entanto, ao mesmo tempo que ocorrem todas estas mudanças significativas revelam-se dificuldades e disfunções sexuais (Diehl, et al., 2004).

Kaplan (1974, citado por Leal, 2005) sugere que os problemas sexuais, embora possam, naturalmente, ser manifestações de profundo distúrbio emocional ou doença mental, não se apresentam invariavelmente assim, mas também ocorrem comumente em pessoas com perfeito funcionamento em outras áreas, sem demonstrarem nenhum sintoma psicológico. Em muitos casos as disfunções sexuais têm as suas raízes em problemas mais imediatos e mais simples que, até recentemente, eram ignoradas tais como, a antecipação de deficiência para a função, exigências reais ou imaginárias para a execução do ato sexual e o medo da recusa ou humilhação pelo parceiro. As disfunções sexuais são caracterizadas por falta, excesso, desconforto ou dor na expressão e desenvolvimento da resposta sexual normal. O ciclo da resposta sexual normal é composto por quatro fases sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução, quando ocorre algum tipo de alteração em uma ou mais fases do ciclo da resposta sexual ou dor associada ao ato sexual denomina-se disfunção sexual (Abdo & Fleury, 2006).

Verifica-se a necessidade de intervenção psicoterapêutica no contexto da sexualidade, mais propriamente nas disfunções sexuais mais frequentes, sendo a disfunção erétil e a ejaculação precoce ou retardada no homem, a disfunção sexual geral (frigidez), a disfunção orgástica e o vaginismo na mulher e a diminuição ou ausência de desejo e a dispareunia para ambos (Leal, 2005). As disfunções sexuais podem ser classificadas como disfunções do desejo, da excitação sexual, do orgasmo ou como dolorosas (Gomes, 2010).



Muitos homens que sofrem de obesidade mórbida podem de alguma forma ter a sua vida sexual dificultada por disfunções sexuais, comprometendo assim a ereção, ejaculação, o orgasmo e também o desejo sexual, além disso dificultando a atividade sexual também se pode juntar as limitações decorrentes da mobilidade e do estigma social (Araujo, et al., 2009). A comida muitas vezes pode converter-se numa substituição do prazer sexual (Ribeiro, 2008). Stuart e Jacobson (1990, citado por Ribeiro, 2008) referem que a ingestão de alimentos se encontra relacionada com o prazer sexual, visto que pode ter a ver com a resposta contra as insatisfações sexuais dos indivíduos, pode ser uma forma de esconder os seus desejos sexuais ou também pode servir de escudo para se escapar ao sexo.

Disfunções sexuais

Como foi acima referido as disfunções sexuais caracterizam-se por perturbações do desejo sexual e das modificações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual e provocam acentuado mal-estar e dificuldades interpessoais (APA, 2002). As disfunções sexuais integram as perturbações do desejo sexual, isto é, desejo sexual hipoactivo, aversão sexual. Integrado também nas disfunções sexuais, encontram-se as perturbações da excitação sexual, englobando as perturbações da excitação sexual na mulher e a disfunção erétil nos homens. As perturbações do orgasmo também integram as disfunções sexuais, sendo elas, a perturbação do orgasmo na mulher, a perturbação do orgasmo no homem e a ejaculação precoce. Por último, encontra-mos dentro da classificação nosológica das disfunções sexuais, as perturbações de dor sexual, ou seja, a dispareunia e o vaginismo. Não deixando mesmo assim de fazer referência às possíveis perturbações sexuais secundárias a um estado físico geral, as disfunções sexuais induzidas por substâncias e a disfunção sexual sem outra especificação (APA, 2002).

Tal como já foi mencionado, o ciclo de resposta sexual pode ser dividido nas seguintes fases:

- **Desejo**, é a primeira fase, onde os instintos são estimulados e os apetites sexuais crescem, ou seja, consiste nas fantasias elaboradas acerca da atividade sexual e no desejo de atividade sexual.

- **Excitação** como segunda fase do ciclo sexual, comporta a sensação subjetiva de prazer sexual acompanhada por modificações fisiológicas correspondentes. As principais alterações no homem consistem na intumescência do pénis, conduzindo à ereção. Na mulher, as principais modificações ocorrem na congestão da região pélvica, lubrificação e expansão vaginal e na intumescência dos órgãos vaginais externos.

- O **orgasmo** consiste no pico de prazer sexual, acompanhado da libertação da tensão sexual e da contração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores. No homem, existe a sensação de que a ejaculação é inevitável, com posterior emissão de esperma. Na mulher ocorrem



contrações da parede do terço externo da vagina. Em ambos os géneros, o esfíncter anal contrai ritmicamente.

- Por último, encontra-se a **resolução**, isto é, uma sensação generalizada de relaxamento muscular e bem-estar. Os homens, durante essa fase encontram-se fisiologicamente resistentes a nova ereção e orgasmo durante um período de tempo invariável, enquanto a mulher, pode ser capaz de responder a uma estimulação adicional quase imediata (APA, 2002).

As perturbações do desejo sexual, inclui a perturbação do desejo sexual e a aversão sexual, sendo que as características de diagnóstico para a perturbação do desejo sexual, consiste numa deficiência ou ausência de fantasias sexuais e de desejo de atividade sexual, enquanto a aversão sexual, consiste tal como a palavra indica aversão e evitamento ativo do contacto sexual genital com um parceiro sexual.

As perturbações da excitação sexual, abrangem a perturbação da excitação sexual na mulher e a disfunção erétil no homem, muito frequente em população obesa. A característica essencial da perturbação da excitação sexual na mulher consiste numa incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter até completar a atividade sexual, uma adequada resposta na lubrificação e entumescimento da excitação sexual. A disfunção erétil no homem consiste numa incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada ereção até completar a atividade sexual.

Quando se refere às perturbações do orgasmo, nelas encontram-se a perturbação do orgasmo na mulher, a perturbação do orgasmo no homem e a ejaculação precoce. A perturbação do orgasmo tanto no homem como na mulher consiste num atraso persistente ou recorrente ou ausência de orgasmo a seguir a uma fase de excitação sexual normal, tendo em consideração a idade e experiência sexual. A ejaculação precoce, consiste no persistente ou recorrente início do orgasmo e ejaculação com estimulação sexual mínima, antes, durante ou imediatamente após a penetração e antes que a pessoa o deseje.

As perturbações de dor sexual abarcam a dispareunia e o vaginismo. A característica essencial da dispareunia consiste em dor genital que se associa à atividade sexual, surge habitualmente durante o coito, mas pode também ocorrer antes ou depois da atividade sexual. A perturbação pode suceder tanto em homens como mulheres. O vaginismo, consiste na contração involuntária recorrente ou persistente dos músculos perineais que envolvem o terço externo da vagina, quando se tenta a penetração vaginal com o pénis, dedo, tampão ou espéculo.

Todas as perturbações referidas anteriormente têm de provocar acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal, e não se explicam melhor por outra perturbação do eixo I (APA, 2002).





Anexo II: Questionário Sociodemográfico e Clínico





Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

As suas respostas vão contribuir para uma melhor compreensão sobre a forma como as **pessoas lidam com o excesso de peso**. Por isso gostaríamos de saber alguns dados a seu respeito, **sem que isso quebre o sigilo da sua identidade**. Por favor preencha o melhor que for capaz, sem deixar nenhuma questão em branco, fazendo **uma cruz no número que corresponde à sua escolha**.

- 1 - O sexo a que pertence? 1. Masculino 2. Feminino
2. A sua Idade: _____ Anos
3. A Localidade (Concelho) onde reside: _____
4. O seu Estado Civil actual?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Solteiro/a sem parceiro/a sexual. | <input type="checkbox"/> 4. Separado/a / Divorciado/a. |
| <input type="checkbox"/> 2. Solteiro/a com parceiro/a sexual. | <input type="checkbox"/> 5. Viúvo/a. |
| <input type="checkbox"/> 3. Casado/a / União de facto. | <input type="checkbox"/> 6. Outro (especifique) _____ |
5. Qual a sua Orientação Sexual: 1. Heterossexual 2. Homossexual 3. Bissexual
6. Tem Filhos? 1. Sim 2. Não
7. Como considera o seu Suporte Social?
1. Muito Bom 2. Bom 3. Razoável 4. Mau 5. Muito Mau 6. Nenhum
8. Em termos profissionais presentemente encontra-se:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Empregado/a | <input type="checkbox"/> 4. Trabalha em casa |
| <input type="checkbox"/> 2. Desempregado/a | <input type="checkbox"/> 5. De Baixa |
| <input type="checkbox"/> 3. Reformado/a | <input type="checkbox"/> 6. Outros Especifique _____ |
9. Qual o último ano de escolaridade que concluiu? _____
10. Qual a sua Altura? _____
11. Qual o seu Peso actual? _____
12. Com que idade considera que começou a ter um aumento significativo de peso? _____ Anos



13. Sofre de alguma doença crónica (por exemplo: Diabetes, Hipertensão, ou outras)?

1. Sim 2. Não

Se **SIM** diga qual (ou quais): _____

14. Já foi submetido a Cirurgia Bariátrica? 1. Sim 2. Não

Se **SIM** diga qual ou quais:

- Banda Bypass Sleeve Outra (diga Qual) _____

Se **SIM** diga quando: _____

15. Se já foi sujeito a cirurgia Bariátrica, qual o seu peso inicial? _____

16. Já iniciou a sua actividade sexual? 1. Sim 2. Não

17. Com que idade iniciou a sua actividade sexual? _____ Anos

18. Qual o número de parceiros/as sexuais nos últimos 12 meses? _____

19. Já experienciou algum orgasmo? 1. Sim 2. Não

20. Qual o número de parceiros/as emocionais nos últimos 12 meses? _____

21. Já conheceu algum parceiro/a sexual através da internet? 1. Sim 2. Não

Se **SIM** diga quantos: _____

22. Considera a sexualidade importante para o seu equilíbrio pessoal?

1. Muito Importante 2. Importante 3. Não muito Importante 4. Nada Importante

23. Nos últimos 12 meses recorreu à utilização do preservativo?

1. Sempre 2. Quase Sempre 3. Algumas Vezes 4. Raramente 5. Nunca

24. Considera ser ou ter sido sexualmente infiel ao/à seu/sua parceiro/a? 1. Sim 2. Não

25. Considera ter dificuldades na intimidade com o/a seu/sua parceiro/a? 1. Sim 2. Não



26. Sofreu algum tipo de abuso sexual na infância e/ou adolescência? 1. Sim 2. Não
27. Sofreu algum tipo de maus tratos na infância e/ou adolescência? 1. Sim 2. Não
28. Sofreu ou sofre de maus tratos na vida adulta? 1. Sim 2. Não
29. Sofreu ou sofre algum tipo de discriminação social relacionado com a obesidade? 1. Sim 2. Não
30. Sentiu-se ou sente-se limitado nas suas actividades diárias devido à obesidade e aos seus problemas de saúde? 1. Sim 2. Não

Obrigado pela sua colaboração





Anexo III: Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse





EDAS-21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta a cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – Não se aplicou a mim	2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
1 – Aplicou-se a mim algumas vezes	3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

1	Tive dificuldade em me acalmar.	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4	Senti dificuldade em respirar.	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex.: nas mãos).	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado/a.	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado/a e melancólico/a.	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20	Senti-me assustado/a sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Obrigado pela sua participação





Anexo IV: Escala de Satisfação Sexual





Escala de Satisfação Sexual

Instruções: Pense na sua vida sexual durante os últimos *meses*. Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau de satisfação face aos seguintes aspectos. Não existem respostas certas nem erradas. Marque com um X a opção de resposta que melhor descreve a sua situação, utilizando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
<i>Nada Satisfatória</i>	<i>Pouco Satisfatória</i>	<i>Moderadamente Satisfatória</i>	<i>Muito Satisfatória</i>	<i>Extremamente Satisfatória</i>

1. A intensidade da minha excitação sexual.	1	2	3	4	5
2. A qualidade dos meus orgasmos.	1	2	3	4	5
3. A minha permissão e entrega ao prazer sexual durante o sexo.	1	2	3	4	5
4. O meu foco, a minha concentração durante a actividade sexual.	1	2	3	4	5
5. A forma como reajo sexualmente ao/à meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
6. O funcionamento sexual do meu corpo.	1	2	3	4	5
7. A minha abertura emocional face ao sexo.	1	2	3	4	5
8. A minha disposição/humor após a actividade sexual.	1	2	3	4	5
9. A frequência dos meus orgasmos.	1	2	3	4	5
10. O prazer que proporciono ao/à meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
11. O equilíbrio entre o que dou e o que recebo no sexo.	1	2	3	4	5
12. A abertura emocional do/a meu/minha parceiro/a durante o sexo.	1	2	3	4	5
13. O ser o/a meu/minha parceiro/a a iniciar a actividade sexual.	1	2	3	4	5
14. A capacidade de orgasmo do/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
15. A entrega do/a meu/minha parceiro/a ao prazer sexual.	1	2	3	4	5
16. A forma como o/a meu/minha parceiro/a cuida das minhas necessidades sexuais.	1	2	3	4	5
17. A criatividade sexual do/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
18. A disponibilidade sexual do/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
19. A variedade das minhas actividades sexuais.	1	2	3	4	5
20. A frequência da minha actividade sexual.	1	2	3	4	5





Anexo V: Escala de Comunicação Sexual Diádica





Escala de Comunicação Sexual Diádica

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente as afirmações que se seguem a respeito da comunicação. Não existem respostas certas nem erradas. Certifique-se que respondeu a todos os itens assinalando com uma cruz (X) no número que melhor a descreve para cada situação, segundo a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
<i>Discordo Completamente</i>	<i>Discordo Moderadamente</i>	<i>Discordo Pouco</i>	<i>Concordo Pouco</i>	<i>Concordo Moderadamente</i>	<i>Concordo Completamente</i>

1. Quando quero falar sobre a nossa vida sexual, o meu parceiro/a raramente responde.	1	2	3	4	5	6
2. Alguns assuntos sexuais são incómodos para discutir com o meu parceiro/a.	1	2	3	4	5	6
3. No nosso relacionamento sexual existem alguns assuntos ou problemas que nunca foram discutidos.	1	2	3	4	5	6
4. Eu e o meu parceiro/a nunca resolvemos os nossos desacordos acerca dos assuntos sexuais.	1	2	3	4	5	6
5. Quando eu e o meu parceiro/a falamos acerca de sexo, sinto que ele/ela me repreende.	1	2	3	4	5	6
6. Habitualmente, o meu parceiro/a queixa-se que não sou suficientemente clara/o sobre o que quero sexualmente.	1	2	3	4	5	6
7. Eu e o meu parceiro/a nunca tivemos uma conversa séria acerca da nossa vida sexual.	1	2	3	4	5	6
8. O meu parceiro/a não tem dificuldade em falar comigo sobre os seus sentimentos e desejos sexuais.	1	2	3	4	5	6
9. Mesmo quando está zangado comigo, o meu parceiro/a está apto a apreciar a minha visão sobre a sexualidade.	1	2	3	4	5	6
10. Falar sobre sexo é uma experiência satisfatória para ambos.	1	2	3	4	5	6
11. Eu e o meu parceiro/a conseguimos falar calmamente sobre a nossa vida sexual.	1	2	3	4	5	6
12. Tenho pouca dificuldade em dizer ao meu parceiro/a o que faço ou não sexualmente.	1	2	3	4	5	6
13. Raramente me sinto envergonhada/o quando discuto com o meu parceiro/a os detalhes da nossa vida sexual.	1	2	3	4	5	6





Anexo VI: Consentimento Informado





Desde Já se Agradece a sua Disponibilidade em Colaborar.

Psicólogas, a realizar a investigação para a Tese de Mestrado em Psicologia, a estagiar na zona da capital numa Equipa Multidisciplinar com pessoas com Obesidade, pretendem desenvolver um estudo sobre a forma como os portugueses caracterizam a relação entre a obesidade e a sexualidade.

A orientação deste estudo é feita através do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário e pela Universidade da Beira Interior, pelos Professores Doutores Ana Rosa Tapadinhas e Henrique Pereira.

O seu testemunho é de extrema importância para que se possa ter uma noção de como as pessoas lidam com o excesso de peso e a influência que isso pode ter para a sua Sexualidade.

Os dados obtidos através dos questionários apresentados são absolutamente confidenciais, e têm como único fim a realização deste estudo.

Barbara Carvalho (UBI)
Sara Viveiros (ISPA-IU)
Telma Santos (ISPA-IU)





Anexo VII: Tabelas totais





Tabela 1: Resultados da comparação entre os níveis totais do EDAS-21 em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.

IMC	N	Médias	F	p
1	10	9,5000		
2	147	11,2109		
3	61	12,9180	2,340	,042*
4	58	12,0345		
5	34	12,9706		
6	25	18,8000		

*p<0.05

Tabela 2: Resultados da comparação entre os níveis totais do EDAS-21 entre os participantes do género masculino e feminino

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	13,0445	-1,947	,052
Masculino	88	10,4318		

Tabela 3: Resultados da comparação entre os níveis totais do EDAS-21 relativamente ao estatuto profissional.

Estatuto Profissional	N	Médias	F	P
Empregado	168	12,2679	2,016	,076
Desempregado	65	14,1231		
Reformado	8	19,8750		
Trabalha em casa	6	8,6667		
De baixa	2	,5000		
Outros	86	11,0349		

Tabela 4: Resultados da comparação entre os níveis totais do EDAS-21 relativamente ao nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	N	Médias	F	P
1º ciclo	4	21,7500	1,379	,213
2º ciclo	3	11,3333		
3º ciclo	20	14,2000		
Secundário	117	13,8547		
Licenciatura	140	11,5143		
Pós- Graduação	13	9,9231		
Mestrado	32	10,1250		
Doutoramento	6	8,1667		



Tabela 5: Resultados da comparação entre os níveis totais da escala de satisfação sexual em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.

IMC	N	Médias	F	p
1	10	79,3000		
2	147	78,3129		
3	61	77,9180	1,894	,095
4	58	74,1034		
5	34	72,8235		
6	25	72,8400		

Tabela 6: Resultados da comparação entre os níveis totais da Escala de Satisfação Sexual entre os participantes do género masculino e feminino.

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	76,5425	,074	,941
Masculino	88	76,6705		

Tabela 7: Resultados da comparação entre os níveis totais da Escala de Satisfação Sexual entre os participantes de acordo com o estado civil.

Estado Civil	N	Médias	F	p
Solteiro sem parceiro sexual	57	75,7018		
Solteiro com parceiro sexual	149	79,8591		
Casado/ União de facto	110	73,1545	4,396	,002*
Separado/ Divorciado	15	71,9333		
Viúvo	4	78,2500		

*p<0,05

Tabela 8: Resultado da comparação entre os níveis totais da Escala de Satisfação Sexual entre os participantes de acordo com a importância da sexualidade para o equilíbrio pessoal.

Importância da Sexualidade	N	Médias	F	p
Muito importante	116	78,6810		
Importante	184	77,0978	7,331	<0,001*
Não muito importante	29	67,8276		
Nada importante	6	62,1667		

*p<0,001



Tabela 9: Resultados da comparação entre os níveis totais da Escala de Comunicação Sexual Diádica em sujeitos com obesidade e sujeitos com IMC normal.

IMC	N	Médias	F	p
1	10	23,0000		
2	147	28,2857		
3	61	29,2131	1,823	,108
4	58	29,8966		
5	34	27,8824		
6	25	34,8400		

Tabela 10: Resultados da comparação entre os níveis totais da Escala de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes do género masculino e feminino.

Sexo	N	Médias	t	p
Feminino	247	30,1591	,962	,337
Masculino	88	28,6194		

Tabela : Resultados da comparação entre os níveis totais da Escala de Comunicação Sexual Diádica entre os participantes de acordo com o estado civil.

Estado Civil	N	Médias	F	p
Solteiro sem parceiro sexual	57	31,2632		
Solteiro com parceiro sexual	149	26,2483		
Casado/ União de facto	110	30,6545	3,673	,006*
Separado/ Divorciado	15	35,4000		
Viúvo	4	31,7500		

*p<0,05