



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Aspetos Psicológicos, Estilo Alimentar e Satisfação Corporal em dois Grupos de Participantes do Programa PESO, a decorrer no CHCB**

**Ana Luís Medeiros de Azevedo**

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

Orientador: Prof. Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro

**Covilhã, Junho de 2012**





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



À pequena, Grande Sofia...

# Agradecimentos

Embora uma dissertação seja, à partida, um trabalho académico individual, há contributos de natureza diversa que não devem deixar de ser louvados. Assim, e como resultado e consequência de todos os que me envolvem, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Ao Prof. Dr. Manuel Loureiro, pela orientação metódica e construtiva, pela disponibilidade de todos os momentos. O seu exemplo de Mentor sábio e afável, presente desde o meu 2º ano enquanto aluna do Ensino Superior, acompanhar-me-á certamente como uma referência, quer ao nível pessoal quer ao nível académico.

Agradeço também a todos os que no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior (docentes, colegas, assistentes técnicos e operacionais), de forma direta ou indireta, acompanharam o meu percurso ao longo destes 5 anos.

Ao Dr. Themudo Barata, responsável do Programa PESO (Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade), pelo consentimento da recolha junto dos participantes do mesmo autorizando também a minha presença nas sessões de grupo.

Ao Dr. Hugo Oliveira, Psicólogo Clínico e da Saúde no Serviço de Atividade física e elemento técnico da coordenação do Programa PESO. O meu obrigado pela disponibilidade, esclarecimento de dúvidas mas sobretudo pelo trato enquanto colega, que garantiram a recolha pronta junto de todos os participantes.

Aos 43 participantes que se disponibilizaram a participar neste estudo, o meu sincero obrigado.

Cabe-me agora agradecer àqueles cujos agradecimentos são difíceis de formular, difíceis de transpor em palavras:

Por constrangimento de espaço, não farei menção a todos os familiares e amigos, contudo, fica aqui o meu obrigado pelo apoio, carinho e incentivo que sempre me prestaram e pela compreensão pela falta de disponibilidade ao longo deste ano.

Ao Rui, pelo carinho, pelo apoio e estímulo que sempre me garantiu ao longo destes 13 anos mas sobretudo por ser Pai.

À minha irmã: pela compreensão e ternura sempre manifestada apesar da falta de atenção e ausência que não conseguia evitar. Pelo brilho dos grandes olhos, pela excitação e orgulho com que sempre reagiu aos resultados académicos da “mana”. No seio da imperfeição, é meu desejo que o entusiasmo e empenho que tomei lhe possam servir de estímulo para fazer sempre “mais e melhor”.

O “mais e melhor” acabou por ser veiculado por alguém muito especial, a minha mãe. A ela dedico esta dissertação, por ser o modelo enquanto mãe, amiga, companheira, mulher de trabalho, coragem e amor. São poucas as palavras para descrever tudo o que representa para mim! O meu obrigada por tudo, sempre!

Por fim, mas não menos importante: Ao Tiago. Pelo amor, pela compreensão e apoio, expresso ou silencioso. Por todo o bem que me tem feito. Pelo companheirismo partilhado ao longo destes anos. Pelas palavras de alento nos momentos em que me deixava tomar pelo nervosismo e má disposição e que mesmo assim o mantinha ali, ao meu lado. Obrigada... por tudo!

Mais uma vez, os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que apostaram em mim de forma inequívoca. Àqueles que vislumbraram qualidades onde eu via defeitos. Pretendo apenas ser melhor que eu, melhor hoje do que vi ontem, respeitando sempre quem por mim se cruza e caminhando em frente.

Amanhã certamente que as coisas mais importantes continuarão a ser as mesmas...



## Resumo

Esta investigação tem como objetivo primordial o estudo da relação entre fatores de Funcionamento Psicológico e Personalidade, Estilo Alimentar e Imagem/Satisfação corporal em participantes com excesso de peso e obesidade do Programa Comportamental PESO a decorrer no Centro Hospitalar Cova da Beira. Assim, seguiu um desenho descritivo de uma amostra não probabilística por conveniência, onde a população alvo, composta por 43 participantes, com uma relação entre peso/altura superior a 25 (Excesso de Peso).

Para além do questionário sociodemográfico, os instrumentos utilizados foram: o Mini-Mult (versão reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI); o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ); Escala de Autoeficácia Geral Percebida (GSE) e a Escala de Silhuetas de Stunkard et. al (1983) (Avaliação e Satisfação Corporal).

De salientar que através da aplicação do inventário Mini-Mult, e no que concerne às pontuações médias nas escalas que o englobam, as Escalas de Paranoia ( $M=48,86$ ), Depressão ( $M=59,40$ ), e Esquizofrenia ( $M=48,86$ ) são as que assumem pontuações mais elevadas. De entre a percentagem de indivíduos que assume pontuações ao nível patológico para cada escala deste instrumento verifica-se que: 27,91% dos participantes pontuam a um nível patológico na escala de depressão, 55, 81% na de Paranoia e 18,60% na escala de Esquizofrenia.

Devido à assimetria de participantes em relação ao género, não se verificaram diferenças significativas entre a associação de género e Estilo Alimentar. Independentemente do nível de idade, todos os participantes apresentaram uma dominância no Estilo Alimentar Emocional. Na literatura é referido que o estilo alimentar externo e emocional estão altamente relacionadas entre si, pelo que se verificou uma associação estatisticamente significativa entre os mesmos na presente amostra ( $r=0,655$ ,  $p<0,001$ ).

A Autoeficácia Geral Percebida pelos participantes ( $M=30,79$ ) assume pontuações elevadas, não se verificando associação significativa entre as pontuações nestas escala com Experiências prévias negativas com dietas, Existência de problemas significativos e Grau de Insatisfação corporal.

Todos os participantes do programa se encontram insatisfeitos com o estado atual do seu corpo, não se tendo verificado que tal estivesse relacionado com fatores como idade, níveis de autoeficácia e funcionamento psicológico, apesar da associação estatisticamente significativa encontrada entre Grau de Insatisfação Corporal e a escala de Histeria do Mini-Mult acabando por não se depositar muita consideração pela desigualdade de participantes entre o grupo com pontuações a um nível patológico e não patológico ( $p=0,007$ ).

## Palavras-chave

Controlo de Peso, Excesso de peso e obesidade, Funcionamento Psicológico, Personalidade, Estilos Alimentares, Autoeficácia, Imagem corporal, Grau de Insatisfação Corporal.



# Abstract

This investigation main objective is to study the relationship between factors of psychological and personality functioning, eating style and body image/satisfaction in participants with overweight and obesity of PESO behavioral program that was conducted in Centro Hospitalar da Cova da Beira. Therefore, it was chosen to use a non-probability sampling by convenience and to establish its description, in which the target population was composed by 43 participants, with a body/weight ratio superior to 25 (overweight).

Besides social demographic questionnaire, the used instruments were: the Mini-Mult (short version of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI), the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), The General Perceived Self - Efficacy Scale (GSE), and the Stunkard et al. (1983) Silhouette Scale (Body satisfaction and evaluation)

It should be noted that the results brought by the Mini-Mult, considering the average results in the questionnaire scales, has shown higher score in Paranoia ( $M=48,86$ ), Depression ( $M=59,40$ ), and Schizophrenia ( $M=48,86$ ). In these scales, the pathological evidences gathered by the score has identified 27,91% of the participants with pathological levels of depression, 55,81% with paranoia levels of depression, and 18,60% with Schizophrenia levels of depression.

Due to the assymmetric distribution of participants' gender there were no evidence of significative differences between gender and eating pattern association. The results show that, regardless the participants' age, all of them presented an Emotional Eating pattern. In literature it's referred an association between external and emotional eating pattern, which was confirmed by the significative association between them found in this sample ( $r=0,655$ ,  $p<0,001$ ).

The General Perceived Self - Efficacy of the participants ( $M=30,79$ ) has shown high score, but was not found any significant association between the results in these scales with previous diet negative experiences, significant problems and Body Insatisfaction levels.

All the program participants are unsatisfied with the current state of their body, however it was not found any link with age, self-efficacy and psychological functioning, in spite of the statistical significance found between Body Insatisfaction Level and Histeria Mini Mult Scale, finding not relevant the distinction between the groups of participants with pathological and not pathological punctuation levels.

## Keywords

Control and maintenance of weight, overweight and obesity, psychological and personality functioning, Eating styles and body image/satisfaction.



# Índice

Agradecimentos	vii
Resumo	x
Abstract	xii
Índice	
Lista de Figuras	xvii
Lista de Tabelas	xviii
Lista de Acrónimos	xxii
Introdução	1
<b>Capítulo I. Revisão da Literatura</b>	
1.1. Aspectos Conceituais e Medidas de Referência na Obesidade	
1.1.1. Enquadramento conceptual	3
1.1.2. Classificação e Medidas de Referência	4
1.1.3. Comportamento Alimentar	5
1.1.4. Aspectos psicobiológicos do Comportamento Alimentar	8
1.2. Dados Epidemiológicos e Fatores Associados	
1.2.1. Dados epidemiológicos da obesidade e do excesso de peso	10
1.2.2. Os Fatores Psicossociais, Económicos e Culturais	11
1.2.3. Causalidade Genética, Educativa e Emocional	13
1.2.4. Preditores do Controlo de Peso	15
1.2.5. Perceção e imagem corporal	17
1.3. Consequências	
1.3.1. Consequências Físicas do Excesso de Peso, e da Obesidade	22
1.3.2. Saúde Mental e Obesidade	24
1.4. Bases Conceptuais da Teoria da Autodeterminação	26
<b>Capítulo II. Metodologia</b>	
2.1. Introdução	29
2.2. Participantes	30
2.3. Instrumentos	
2.3.1. Questionário Sociodemográfico	36
2.3.2. Mini-Mult (versão reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI)	36
2.3.3. Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ)	39
2.3.4. Escala de Autoeficácia Geral Percebida (General Perceived Self - Efficacy Scale - GSE)	41
2.3.5. Escala de Silhuetas (desenvolvida por Stunkard, Sorensen e Schulsinger, 1983)	42
2.4. Procedimento	43
	xiv

<b>Capítulo III. Resultados</b>	
<b>3.1. Aspectos psicológicos, comportamento alimentar, autoeficácia e satisfação corporal</b>	
3.1.1. Variáveis personalísticas e de funcionamento psicológico	45
3.1.2. Estilo Alimentar: Restritivo, Externo e Emocional	48
3.1.3. Autoeficácia	50
3.1.4. Imagem e Satisfação Corporal	52
<b>3.2. Relações entre as variáveis estudadas</b>	
3.2.1. Funcionamento Psicológico	54
3.2.2. Comportamento Alimentar	58
3.2.3. Autoeficácia	60
3.2.4. Imagem corporal	63
<b>Capítulo IV. Discussão dos Resultados e Conclusões</b>	<b>69</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO A</b>	



# Lista de Figuras

<b>Fig. 1</b>	Heurística pictórica como guia da avaliação psicológica de um indivíduo com excesso de peso/obesidade	<b>Pág. 22</b>
<b>Fig. 2</b>	Frequência dos Sujeitos da Amostra Segundo os Níveis de Idade	<b>Pág. 31</b>
<b>Fig. 3</b>	Classificação do IMC segundo a OMS segundo os Níveis de Idade	<b>Pág. 32</b>
<b>Fig. 4</b>	Atividade profissional dos 43 sujeitos da Amostra	<b>Pág. 33</b>
<b>Fig. 5</b>	Atividade profissional dos 43 sujeitos da Amostra segundo os Níveis de Idade	<b>Pág. 34</b>
<b>Fig. 6</b>	Sentimento devido ao peso segundo os Níveis de Idade	<b>Pág. 35</b>
<b>Fig. 7</b>	Porcentagem de Indivíduos com Pontuações na Escalas do Mini-Mult ao nível Psicopatológico	<b>Pág. 47</b>
<b>Fig. 8</b>	Distribuição dos resultados dos 43 sujeitos segundo o Estilo Alimentar Restritivo	<b>Pág. 49</b>
<b>Fig. 9</b>	Distribuição dos resultados dos 43 sujeitos segundo o Estilo Alimentar Externo	<b>Pág. 49</b>
<b>Fig. 10</b>	Distribuição dos resultados dos 43 sujeitos segundo o Estilo Alimentar Emocional	<b>Pág. 50</b>
<b>Fig. 11</b>	Distribuição dos resultados dos 43 sujeitos segundo a GSE	<b>Pág. 51</b>
<b>Fig. 12</b>	Porcentagem de Indivíduos que estão Satisfeitos/Insatisfeitos com a imagem Corporal	<b>Pág. 52</b>
<b>Fig. 13</b>	Gráfico de Frequências segundo o Grau de Insatisfação Corporal	<b>Pág. 53</b>

# Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b>	Medidas de classificação de IMC segundo a OMS	<b>Pág. 4</b>
<b>Tabela 2</b>	Estatística descritiva da amostra, segundo o sexo e a idade	<b>Pág. 30</b>
<b>Tabela 3</b>	Classificação do IMC pela OMS, segundo o género	<b>Pág. 31</b>
<b>Tabela 4</b>	Sentimento dos participantes devido ao peso	<b>Pág. 35</b>
<b>Tabela 5</b>	Valores de alfa e Cronbach segundo o Mini-Mult	<b>Pág. 38</b>
<b>Tabela 6</b>	Valores de Alpha de Cronbach segundo o estilo alimentar	<b>Pág. 40</b>
<b>Tabela 7</b>	Estatística Descritiva do Mini-Mult por Subescala	<b>Pág. 46</b>
<b>Tabela 8</b>	Estatística Descritiva das pontuações nas Escalas do Mini-Mult segundo os níveis de Idade	<b>Pág. 48</b>
<b>Tabela 9</b>	Estatística Descritiva do DEBQ por Subescala de Estilo Alimentar	<b>Pág. 49</b>
<b>Tabela 10</b>	Estatística Descritiva do DEBQ por Subescala de Estilo Alimentar segundo os níveis de Idade	<b>Pág. 50</b>
<b>Tabela 11</b>	Estatística Descritiva da GSE	<b>Pág. 51</b>
<b>Tabela 12</b>	Estatística Descritiva da GSE segundo os níveis de Idade	<b>Pág. 52</b>
<b>Tabela 13</b>	Estatística Descritiva do Grau de Insatisfação corporal segundo os níveis de Idade	<b>Pág. 53</b>
<b>Tabela 14</b>	Pontuações médias do Grau de Insatisfação Corporal por classificação de IMC	<b>Pág. 54</b>
<b>Tabela 15</b>	Diferenças ao nível do IMC em função da existência de Perturbação Bordeline	<b>Pág. 55</b>
<b>Tabela 16</b>	Tabela de frequências de Perturbação Borderline segundo o IMC	<b>Pág. 56</b>

<b>Tabela 17</b>	Associação entre classificação de IMC e Depressão ao nível psicopatológico mediante o Coeficiente de correlação de Ró de Spearman	<b>Pág. 56</b>
<b>Tabela 18</b>	Tabela de frequências na Escala de Depressão com pontuações iguais ou superiores a 65 segundo a Classificação segundo OMS	<b>Pág. 57</b>
<b>Tabela 19</b>	Associação entre classificação de IMC e Paranoia ao nível psicopatológico, mediante o Coeficiente de correlação de Ró de Spearman	<b>Pág. 57</b>
<b>Tabela 20</b>	Tabela de frequências na Escala de Paranoia com pontuações iguais ou superiores a 65 segundo a Classificação de IMC pela OMS	<b>Pág. 58</b>
<b>Tabela 21</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Estilo Alimentar segundo o Género	<b>Pág. 59</b>
<b>Tabela 22</b>	Pontuações médias do Estilo alimentar, segundo o Género	<b>Pág. 59</b>
<b>Tabela 23</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o nível de Associação entre Estilo Alimentar Externo e Emocional, mediante o Coeficiente de correlação de Pearson	<b>Pág. 60</b>
<b>Tabela 24</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para a Autoeficácia Geral Percebida no grupo de sujeitos que tiveram ou não Experiências prévias Negativas com dietas	<b>Pág. 60</b>
<b>Tabela 25</b>	Pontuações médias da Autoeficácia Geral Percebida, segundo a existência de experiências prévias negativas com dietas	<b>Pág. 61</b>
<b>Tabela 26</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o nível de Autoeficácia geral percebida segundo a identificação ou não de problemas significativos pelos participantes	<b>Pág. 62</b>

<b>Tabela 27</b>	Pontuações médias da Autoeficácia Geral Percebida, segundo a existência de Problemas significativos	<b>Pág. 62</b>
<b>Tabela 28</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Depressão	<b>Pág. 63</b>
<b>Tabela 29</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Histeria	<b>Pág. 64</b>
<b>Tabela 30</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Psicopatia	<b>Pág. 64</b>
<b>Tabela 31</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Paranoia	<b>Pág. 65</b>
<b>Tabela 32</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Psicastenia	<b>Pág. 65</b>
<b>Tabela 33</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Esquizofrenia	<b>Pág. 66</b>
<b>Tabela 34</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Hipomania	<b>Pág. 66</b>
<b>Tabela 35</b>	Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Idade	<b>Pág. 66</b>

<b>Tabela 36</b>	Associação entre Autoeficácia Geral Percebida e Grau de insatisfação corporal, mediante o Coeficiente de correlação de Pearson	<b>Pág. 67</b>
<b>Tabela 37</b>	Pontuações médias da Autoeficácia Geral Percebida, segundo o Grau de Insatisfação Corporal	<b>Pág. 68</b>
<b>Tabela 38</b>	Fatores preditores e não preditores no Controlo de Peso	<b>Pág. 70</b>

# Lista de Acrónimos

<b>DEBQ</b>	Questionário Holandês do Comportamento Alimentar
<b>GSE</b>	General Perceived Self - Efficacy Scale
<b>HDL</b>	High Density Lipoprotein (Bom Colesterol)
<b>HPA</b>	Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>Mini-Mult</b>	Versão reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI
<b>MMPI</b>	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
<b>NVVE</b>	<i>Nederlandse Vragenlijst Voor Eetgedrag</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PESO</b>	Programa de Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade
<b>PROCAM</b>	Prospective Cardiovascular Münster Study
<b>SOS</b>	Swedish Obese Subjects
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>WHO</b>	World Health Organization



# Introdução

O excesso de peso e obesidade constituem um dos maiores problemas de saúde pública tanto na Europa como no resto do Mundo, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a Epidemia do Seculo XXI. Portugal não é exceção, sendo também atingido por este flagelo e considerado um dos países europeus que apresenta uma maior taxa de prevalência (Pádez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado, 2004).

O tema que nos propomos a aprofundar tem génese multifatorial e, portanto, resultante da interação entre a predisposição genética e fatores ambientais, sendo definida como o excesso de gordura corporal armazenada, relativamente à altura, ao sexo e à idade (Abras & Apple, 2002).

Apesar da influência de variados fatores causais, a componente motivacional desempenha um papel fundamental pelo que a sua compreensão e promoção são tarefas fundamentais sendo que os modelos que melhor explicam a adoção de um estilo de vida ativo são aqueles que se debruçam na perceção de competência pessoal, autonomia e autoeficácia.

Esta patologia pode atingir graus capazes de afetar a saúde do indivíduo de uma forma global, cuja complexidade inclui aspetos médicos, epidemiológicos, psíquicos, sociais e económicos, exigindo assim uma abordagem multidisciplinar.

A obesidade é um fator de risco que condiciona o aparecimento de outras doenças crónicas, debilitantes e potencialmente fatais. Estas incluem, sobretudo, ao aumento do risco de doenças cardiovasculares, problemas osteoarticulares, doenças endócrino-metabólicas, como diabetes mellitus tipo 2, além de problemas psicossociais, nomeadamente a diminuição da autoestima e o isolamento social (WHO, 2002).

A importância deste problema de saúde deve-se ao aumento da prevalência de excesso de peso e de obesidade de uma forma consistente e alarmante em todas as faixas etárias e grupos socioeconómicos, sendo a literatura contraditória no que diz respeito aos fatores mais preponderantes no desenvolvimento e implicações desta condição.

Assim, principal objetivo desta investigação passa por analisar e compreender as relações entre as variáveis sociodemográficas, funcionamento psicológico, estilo alimentar e crenças de autoeficácia dos participantes de um programa de controlo e manutenção de peso. O presente estudo tem também como intuito contribuir para uma melhor compreensão das diferenças interindividuais ao nível desta problemática relativamente a diversas características dos participantes.

A presente dissertação está então delimitada em duas componentes estruturais: a primeira parte inclui o enquadramento teórico, dizendo a segunda respeito ao estudo empírico desenvolvido.

A primeira parte, que respeita ao enquadramento teórico, está subdividida em três secções, respeitantes a: Aspetos Conceituais e Medidas de Referência na Obesidade, Dados

Epidemiológicos e Fatores, Consequências físicas e saúde mental e, por fim, as bases Teóricas da Teoria da Autodeterminação.

Na segunda parte desta dissertação concentra-se o estudo empírico realizado, estando presentes o método, que envolve os participantes no estudo, os instrumentos utilizados e o procedimento, os resultados obtidos, a discussão dos mesmos e as conclusões da investigação.

# Capítulo I. Revisão da Literatura

## 1.1. Aspectos Conceituais e Medidas de Referência na Obesidade

### 1.1.1. Enquadramento conceptual

Durante a maior parte da história humana, o ganho de peso foi visto como sinal de saúde e prosperidade. Em tempos de trabalho duro e frequente escassez de alimentos, garantir uma ingestão adequada de energia para atender às exigências era prioridade (WHO, 2002). Durante algum tempo, a obesidade esteve associada à beleza, onde ser belo era ter formas torneadas e proeminentes. No início do século XIX esta associação sofreu uma forte mudança, e o que era considerado sinónimo de beleza inverteu-se (Esteban, Megías & Hernández, 2000). O emagrecimento passou a ser um desejo e uma meta a ser cumprida, como representação de aceitação e de prestígio. O século XIX foi marcado pelas figuras de mulheres gordas - os famosos quadros de Rubens, como o das três graças (1636-1638), são um exemplo dessa tendência de associar a beleza física a um corpo avantajado na antiguidade. A moda também seguia este padrão ditado pela arte: nas mulheres a corpulência era realçada pelos vestidos, e a valorização feminina dava-se pela via da elegância e da beleza; já para os homens, o excesso de peso estava relacionado ao poder e masculinidade. Atualmente, o apelo ao controlo de peso foi, com maior intensidade direcionado às mulheres, sendo que a imagem da mulher perfeita está associada à proporção e ao equilíbrio entre peso e altura. Contudo, os *media* e a pressão social dirige-se também para os homens, atribuindo neste caso maior importância ao desenvolvimento dos músculos do que ao controlo de apetite. A obesidade, além de não corresponder aos padrões estéticos exigidos, é hoje encarada como negativa, e prejudicial à saúde e à integridade física e psíquica dos sujeitos por ela acometidos (Stenzel, 2002).

Vivemos então, num contrassenso, onde o que vigora é a cultura da imagem e o culto do corpo e onde por outro, ainda que num ambiente cada vez mais “obesogénico” fruto da disponibilidade abundante, do fácil acesso de alimentos e do marketing agressivo dos mesmos produtos, se assiste a uma diminuição da atividade física, e por conseguinte ao ganho de peso (Washington, 2008).

O excesso de peso e por conseguinte a obesidade é considerado uma doença crónica de génese multifatorial. Uns optam, de uma forma genérica e simplista, definir esta doença como sendo um aumento de células adiposas no corpo, outros definem esta problemática como um desvio de um bom estado nutricional. Quando se consideram as inter-relações endócrinas e metabólicas é ainda considerado como resultado de alterações bioquímicas e fisiológicas do organismo tais como: Diabetes, Função Tireoidiana e Suprarrenal e desregulações hormonais, que conduzem a um aumento de peso. Por sua vez, existem autores

que ressaltam ainda a importância da influência do genótipo em interação fenotípica (Clerget, 2009).

Segundo Fenichel (referido por Güenter, 2000), a obesidade pode ainda estar associada a distúrbios psicossomáticos com origem em conflitos no desenvolvimento psicogénico, que vêm a desenvolver alterações hormonais.

De acordo com o National Health and Nutrition Examination, no ano de 2003/2004, a prevalência de excesso de peso aumentou de 17,1 nas crianças e adolescentes para 66,3% na idade adulta. Tal é motivo para a OMS considerar que o excesso de peso e obesidade constituem a epidemia global do séc. XXI, atingindo homens e mulheres de todas as etnias e idades sobretudo nos países mais desenvolvidos (Schembre, Greene & Melanson, 2009).

### 1.1.2. Classificação e Medidas de Referência

Para se considerar que um indivíduo tem excesso de gordura corporal capaz de atingir negativamente a sua própria saúde há que ter em atenção aspetos como a idade, o género e a altura. O índice de massa corporal (IMC) permite de forma clara e, dividindo o peso (kg) pela altura (m), elevada ao quadrado, indicar o excesso de peso e a obesidade no adultos tanto a nível individual como populacional (Duperly, 2000).

Na Tabela 1, encontram-se os valores que, segundo a OMS, são considerados pontos de corte para o IMC e respetiva gravidade de comorbilidade.

Tabela 1:  
Medidas de classificação de IMC segundo a OMS

Classificação	IMC
Baixo Peso	< 18
Peso Normal	18 - 24,99
Excesso de Peso	25 - 29,9
Obesidade de Grau I	30 - 34,9
Obesidade de Grau II	35 - 39,9
Obesidade Mórbida	≥ 40,0

Apesar de se constituir um método simples e útil, há que ressaltar que esta medição só é válida para adultos, excetuando grávidas, e não sendo conveniente para pessoas muito musculadas, não constituindo um utensílio completo, uma vez que não contempla ossatura, massa muscular e repartição de gorduras. Como métodos complementares é vulgarmente feita a medição do perímetro abdominal. Para tal, é vulgarmente utilizado uma fita que se coloca precisamente sob a última costela e sem apoiar sobre a pele após uma expiração. Considera-se que o risco de doenças cardiovasculares e diabetes aliados ao excesso de massa gorda é acrescido quando a linha da cintura se revela superior a 94 cm, no sexo masculino, e 80 cm, no sexo feminino (Clerget, 2009).

A obesidade é ainda diferenciada em dois tipos: a Obesidade Andróide, também designada por abdominal ou visceral e a Obesidade do tipo Ginóide. A primeira, vulgarmente

conhecida como figurar o corpo à semelhança de uma maçã, resulta da acumulação de tecido adiposo na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen e é típica do homem obeso. A obesidade Andróide, está associada a complicações metabólicas, como a diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, doença vascular cerebral e à disfunção endotelial, ou seja, deterioração do revestimento interior dos vasos sanguíneos. A associação da obesidade a estas doenças está dependente da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo. Por sua vez, a obesidade do tipo Ginóide resulta da distribuição de gordura, essencialmente, na metade inferior do corpo, sobretudo na região dos glúteos e coxas. Está frequentemente associada a alterações circulatorias e hormonais e é típica da mulher obesa, admitindo a forma de pêra (Kiefer, Rathmanner & Kunze, 2005).

### 1.1.3. Comportamento Alimentar

São cada vez maiores as evidências que sugerem que o stress afeta a saúde não apenas através de processos fisiológicos diretos, como também através de mudanças nos comportamentos de saúde como a escolha e o consumo (Wallis & Hetherington, 2009).

Evidentemente que o conceito de estilo e comportamento alimentar têm fortes implicações nesta doença que é a obesidade (Van Strien, Herman & Verheijden, 2009). Desta feita, e para posteriormente estabelecer quais as relações entre estas variáveis, importa definir aquilo que se entende como sendo o comportamento alimentar. Ora este, resultante da influência de fatores psicológicos e sociais, envolve o ato de ingestão e aspetos qualitativos relacionados com a capacidade de seleção e decisão de que alimentos consumir (Viana, 2002). Por seu turno, o padrão de ingestão dirá respeito ao cariz quantitativo implícito nessa mesma ingestão (Viana & Sinde, 2003).

São três as teorias relacionadas com o excesso de ingestão alimentar: a Teoria Psicossomática (onde a ingestão excessiva será fruto de emoções negativas), a Teoria da Externalidade (ingestão excessiva em resposta a fatores externos, como o cheiro e a apresentação da comida) e, por último, a Teoria da Restrição Alimentar (onde a ingestão de alimentos em excesso resulta de um período de restrição alimentar) (Rebelo & Leal, 2007).

A teoria psicossomática considera a hiperfagia do obeso como um sintoma determinado por causas psicológicas e emocionais inconscientes sendo a obesidade uma expressão física de um desajustamento emocional (Rebelo & Leal, 2007).

A hiperfagia, comportamento alimentar em excesso regular, pode ser uma resposta a situações de stress, a uma compensação das dificuldades na interação social e a conflitos sexuais e nas relações interpessoais (Clerget, 2009), podendo também e segundo Conrad (1954), demonstrar agressividade e hostilidade reprimidas.

A teoria da Externalidade, assente na dicotomia internalidade/externalidade, e proposta por Schachter na década de 60, sustenta que os obesos são mais sensíveis aos indícios externos face aos internos, sensibilidade essa responsável pelo desenvolvimento da obesidade na medida em que a fome, considerada interna, não seria corretamente

discriminada (Carmo, 2001). Por outras palavras, enquanto no sujeito de peso normal o padrão alimentar seria determinado fundamentalmente por indícios fisiológicos internos, tais como as contrações gástricas, no sujeito obeso o comportamento alimentar era predominantemente função de estímulos externos, como o aspeto, sabor e aroma dos alimentos.

Nos anos 70, surge a Teoria da Restrição, proposta por Herman e Polivy. Esta, desenvolvida para avaliar as causas e consequências das dietas, sugere que os sujeitos que fazem dieta apresentam uma ingestão exagerada ou insuficiente dos alimentos, melhor dizendo, que a maior sensibilidade a normas de peso corporal resulta num padrão alimentar que oscila entre a dieta rigorosa (comer com restrição) e a ingestão excessiva (comer sem restrição) sendo a sensibilidade externa consequência da restrição alimentar (Ogden, 2004; Straub, 2005 referido por Rebelo & Leal, 2007). Efetivamente, o conceito de restrição foi inicialmente proposto para explicar como e porquê o comportamento alimentar dos obesos se distinguia dos padrões dos indivíduos com peso normal. Alguns obesos insatisfeitos com o peso e com o aspeto do seu corpo travam uma luta interna constante no sentido de controlar a ingestão, independentemente da fome que sentem, visando manter um determinado peso ou diminuir-lo. Estas pessoas mantêm, por isso, uma preocupação permanente com o corpo e com o que comem, e resistem a comer aquilo que desejam, sendo esta a caracterização base do tipo alimentar restritivo (Viana & Sinde, 2003).

Subjacente ao conceito de restrição, existem dois aspetos de extrema importância para a compreensão deste comportamento alimentar. Um está relacionado com um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição, outro, pelo intercalar desses mesmos ciclos com ciclos de desinibição. Assim, indivíduos com um comportamento alimentar pautadamente restritivo, comem mais quando ansiosos ou deprimidos, ao passo que aqueles com um comportamento alimentar não restritivo, na mesma condição, tendem a comer menos (Van Strien & Schippers, 1995). Neste padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição intercalados por ciclos de desinibição, os níveis de restrição são significativamente mais elevados em obesos do que em sujeitos de peso normal (Schembre et al. 2009).

No caso dos sujeitos que efetuam restrição alimentar cognitiva esta pode estar associada a comportamentos e cognições inadaptadas podendo estar presentes sentimentos de culpa após as refeições, existindo uma tendência para o descontrolo e para a ingestão de grandes quantidades em situações de humor disfórico e uma tendência a sobrestimar o volume do corpo o que poderá dar indícios de uma perturbação da imagem corporal (Viana, 2002). O sexo feminino tende a apresentar níveis de restrição mais elevados que o sexo masculino (Wallis & Hetherington, 2009).

Num estudo levado a cabo por Weinstein, Shide, e Rolls (1997), onde foi pedido aos participantes para indicarem mudanças no comportamento alimentar em resposta ao stress em geral e para uma experiência específica recente, verificou-se que para o sexo feminino comer mais estaria relacionado com medidas psicométricas como desinibição e restrição

alimentar. Mais recentemente, Wallis e Hetherington (2004) encontraram que a contenção e alimentação emocional estaria associada com a maior ingestão de chocolate em resposta a um ego ameaçador em mulheres.

A Teoria restritiva identificou a desinibição, ou contra-regulação, da restrição, como sendo uma característica da excessiva alimentação dos que tentavam restringir (Rebelo & Leal, 2007). Na verdade, a predisposição atencional constitui também um aspeto central nas alterações da conduta emocional. Investigações levadas a cabo dentro da área da psicopatologia têm-se centrado na análise de como a atenção seletiva e emocional a estímulos relevantes pode afetar a realização de certas tarefas, em que o processamento da informação se caracterizaria por ser dissociador (Cabaco, Capataz, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002). Uma série de estudos descobriram que o risco de stress percebido como ameaçador está associado com o aumento da ingestão de alimentos. Heatherton e Baumeister (1991) propõem, e segundo esta visão, que comer demais é causado por uma tentativa de desviar a atenção de um estímulo ameaçador ao ego. Este processo que afeta a autorregulação afasta a atenção da autoavaliação negativa para o estímulo imediato do ambiente (alimentos, por exemplo). Tarefas minimamente stressantes ou cognitivamente exigentes podem também induzir ao consumo excessivo (Wallis & Hetherington, 2004). Os investigadores acrescentam ainda que este comportamento não constitui de todo um mecanismo de *coping* efetivo e que não é capaz de reduzir o stress durante e após o episódio de consumo (Polivy & Herman, 1999). A preferência de “alimentos de conforto” aquando o momento de tensão está sim associada a uma redução do conforto alimentar na atividade do eixo HPA (Kern, Friedman, Reichmann, Costanzo & Musante, 2002). Em termos de diferenças de sexo, o sexo feminino tende a sentir-se menos saudável e com um maior sentimento de culpa que o sexo masculino após estes episódios, sendo possível que a maior tendência das mulheres para restringir a ingestão de alimentos em relação ao sexo masculino possa ser responsável por essa maior probabilidade de sentimento de culpa depois de consumir alimentos identificados como reconfortantes (Golay et al., 1997; Wallis & Hetherington, 2009).

A maior sensibilidade aos estímulos do ambiente pode ser um resultado da restrição alimentar e do desejo da carência não satisfeita, o que como sustenta Viana e Sinde (2003), seja a compulsão a consequência da restrição.

É interessante referir que o padrão de ingestão dos indivíduos restritivos apresenta similaridades com o padrão de indivíduos com anorexia e bulimia, havendo consonância ao nível de alguns traços psicológicos característicos destes grupos (Polivy & Herman, 1999).

O comportamento alimentar emocional e externo estão altamente relacionadas entre si (Van Strien, 2002), sendo os traços de personalidade importantes para compreender melhor a sua natureza e os distinguir. Tal torna-se de extrema relevância e com grandes implicações para o tratamento uma vez que é a partir destes dados que se abrem janelas para o melhor entendimento e se torna possível por parte dos técnicos de saúde começar a treinar e fortalecer a capacidade de controlar impulsos em pacientes com alimentação emocional e

externa, mesmo que as aflições subjacentes ou a exposição a estímulos alimentares não possam ser rapidamente resolvidos (Elfhag & Morey, 2008).

#### **1.1.4. Aspetos psicobiológicos do Comportamento Alimentar**

Os mecanismos regulatórios da ingestão de alimentos envolvem diversas interações morfológicas, moleculares e funcionais. Ao nível cerebral, existem diferentes zonas que influem o comportamento alimentar. Os neuromediadores, substâncias segregadas diretamente no cérebro, como a serotonina, a dopamina, a melanocortina, a coliberina e a galanina, funcionam como o veículo desta comunicação (Ferreira et al. 1995).

O hipotálamo assume o papel de regulador de hormonas, como as tiroideias ou as sexuais. Por sua vez, estas interagem com as nossas emoções e peso. Ora, um excesso de hormonas tiroideias conduz ao hipertiroidismo que provoca o emagrecimento, o inverso, ou seja, a redução na secreção desta hormona conduz ao hipotiroidismo que provoca uma desaceleração física e cerebral associada a um aumento de peso (Fermino, Garganta, Seabra & Maia, 2007). Já as hormonas sexuais podem influir, de igual modo, no aumento de peso aquando a puberdade ou menopausa (Cabraia, 2004).

Outra zona cerebral importante a ter em consideração aquando a abordagem da perda de peso, é o sistema límbico. Este, em ligação permanente com o hipocampo, é responsável pelas nossas emoções constituindo, por conseguinte, um papel tão importante nas oscilações de peso emocional, mesmo passados anos da sua ocorrência (Yasuno et al. 2001).

Foquemo-nos nas principais hormonas que entram em jogo quando se trata do aumento de peso. A insulina é segregada pelo pâncreas e armazena gordura. Já a cortisona e os seus derivados, segregados pelas glândulas suprarrenais, desempenham um papel de relevo nas nossas emoções, humor e, em particular no stress, atuando também na repartição de gordura, favorecendo uma sobrecarga adiposa na região abdominal e na zona superior das costas (Ferreira et. al 1995).

A leptina, que provém diretamente do tecido adiposo, tem como função assinalar a saciedade. Quando a sua secreção se encontra reduzida, o individuo não obtém a sensação de satisfação, permanecendo com fome (Clerget, 2009).

A grelina segrega o tubo digestivo antes de uma refeição, sendo que os índices de secreção diminuem após a ingestão de alimentos. De facto, esta potencia o apetite; atua sobre o hipotálamo, mas também o faz diretamente noutras regiões cerebrais (como a amígdala e o córtex orbito-frontal) responsáveis pela satisfação, motivação e dependências; age, de igual modo, em zonas que regulam a memória, as emoções e a informação visual. Sob a sua influência, os centros de recompensa do cérebro ficam instantaneamente ativados quando nos encontramos perante alimentos. A obestatina, ao contrário da grelina, é uma hormona que

reduz o apetite e desacelera o processo digestivo. Apesar da contrariedade, ambas trabalham em complementaridade (Benson et al. 2009).

Deste modo, é fácil constatar que as hormonas responsáveis pelo apetite se encontram em ligação direta com a componente emocional do cérebro.

A serotonina é libertada por neurónios serotoninérgicos e age em recetores de neurónios pós-sinápticos antes de ter significado funcional. Entre diversas espécies, em várias condições experimentais, existe a forte evidência de que o aumento na atividade pós-sináptica dos recetores serotoninérgicos provoca, posteriormente, redução na quantidade de alimento ingerido durante uma refeição modificando o padrão de alimentação (Yasuno et al. 2001).

A tirosina é a substância precursora das catecolaminas dopamina e noradrenalina e o seu uso experimental e clínico é similar ao de triptofano, pelo que a carga de tirosina não afeta necessariamente a neuropsicologia relacionada com o baixo nível de catecolaminas. Contudo, o efeito da tirosina no humor tem sido alvo de interesse na investigação, revelando que o baixo nível de catecolaminas pode estar também relacionado com a etiologia da depressão (Vilaça, 2008).

A histamina, por sua vez, tem sido implicada no controlo do metabolismo energético cerebral, atividade locomotora, liberação de hormonas, comportamento sexual, perceção de dor, alimentação e ingestão de água. É um dos neurotransmissores que suprime o apetite, sendo que a interação de neurónios histaminérgicos com outros em centros de saciedade ainda não está clara. Um estudo realizado evidenciou que a histamina inibe a libertação de noradrenalina no hipotálamo e suprime a ingestão alimentar. Baseados em observação clínica, Morimoto e colaboradores (referido por Cambraia, 2004) verificaram também que alguns antidepressivos e antipsicóticos com atividade antihistamínica estimulam a ingestão de alimento e o aumento de peso corporal.

O paladar, olfato, visão e audição, agindo principalmente por intermédio do hipotálamo, podem também afetar o estado corporal e o comportamento alimentar. O sabor do alimento e o estado corporal podem não ser tão essenciais ou críticos no controlo da ingestão proteico-energética de animais de laboratório, porém, algumas propriedades sensoriais do alimento ingerido recebem prioridade sobre os aspetos fisiológicos internos no controlo da ingestão, sendo o padrão alimentar afetado por algumas propriedades dos alimentos (Clerget, 2009). Os recetores do paladar participam ainda sensorialmente na monitorização da ingestão de alimento, juntamente com o olfato, o tato e a temperatura, regulando desta forma o comportamento e a homeostase corporal (Fermino et al. 2007). O paladar define a nossa ingestão de alimentos, bebidas e medicamentos e o comprometimento deste sentido para substâncias doces, azedas, ácidas e salgadas pode estar aliado a doenças que vão desde a obesidade, hipertensão, má nutrição e diabetes até algumas doenças neurodegenerativas (Yasuno et al. 2001).

As dietas afetam a secreção corporal de hormonas e estes influenciam o comportamento. A variação na ingestão de nutrientes depende do sexo e pode estar

relacionada, em parte, com as hormonas circulantes, em particular com as adrenais e gonadais (Ferreira et al. 1995).

É importante também ressaltar a importância que os fatores sociais e os estímulos sensoriais têm na preferência alimentar (Cambraia, 2004).

Apesar da complexidade hormonal e da ainda mais vasta inter-relação entre estas, as hormonas e os neuromediadores têm um papel de destaque nas nossas emoções, saciedade, apetite, processos sensoriais e, conseqüentemente, implicações para o comportamento alimentar Clerget, (2009).

## **1.2. Dados Epidemiológicos e Fatores Associados**

### **1.2.1. Dados epidemiológicos da obesidade e do excesso de peso**

O excesso de peso e a obesidade representam uma ameaça emergente à saúde da população de cada vez mais países da União Europeia (WHO, 2007). Com base nos dados disponíveis, a OMS estima que as prevalências mais elevadas estejam em países como a Albânia e o Reino Unido e as menores na Noruega e o Uzbequistão. Na população adulta, a prevalência do excesso de peso e obesidade aumenta com a idade, sendo que a prevalência máxima ocorre para indivíduos entre os 50 e 60 anos (Sousa, 2010a). Nos casos de obesidade infantil, estes dados assumem um carácter especialmente preocupante, já que se estima que cerca de 33% das crianças em idade pré-escolar e 50% das crianças em idade escolar com diagnóstico de obesidade infantil, permanecem obesas aquando da sua idade adulta (Silva, 2010).

Também em Portugal, a obesidade é um problema grave de saúde pública.

No nosso país, o primeiro estudo realizado neste âmbito ocorreu na década de 90, mais propriamente entre os anos de 1995 e 1998. Os resultados revelaram, que 49,6% da amostra tinha excesso de peso/obesidade, com uma prevalência de 41,1% para o sexo masculino. Nesta altura, a percentagem de excesso de peso em Portugal era de 35,2% atingindo a percentagem de 14,4% para indivíduos obesos (Carmo et al. 2000).

A diferença entre sexos parece ser uma tendência genética/comportamental, com origem na infância. Com efeito, a pré-obesidade infantil, 31,5%, coloca Portugal no 2º lugar dos países com maior prevalência desta doença ao nível europeu (Padez et al. 2004). No mesmo ano, desta vez num estudo longitudinal de Nobre, Jorge, Macedo & Castro (2004), foi averiguado por um período de 5 anos, a prevalência da taxa de obesidade em jovens do sexo masculino. Este revelou que no ano de 1994/1995 cerca de 15% dos sujeitos tinham excesso de peso e 1,4% eram obesos e que em 1998/1999 cerca de 22% dos indivíduos tinham excesso de peso e 2,3% eram clinicamente obesos.

À semelhança da primeira investigação levada a cabo em Portugal, já referida acima, mais recentemente foi realizado um estudo representativo da população portuguesa, com

sujeitos de idades compreendidas entre os 18 e os 64 e onde os resultados foram recolhidos com base numa entrevista e em medidas antropométricas como: peso, altura, perímetro abdominal e diâmetro da anca (Carmo et al. 2006). De modo consonante, o sexo masculino obteve uma maior taxa de sobrepeso do que o sexo feminino (59,5% para 47,2%). Tal permite concluir que apesar da prevalência de obesidade ter diminuído o número de casos de sujeitos com excesso de peso aumentou (38,6%).

Perante este cenário, foram criadas medidas com o objetivo final de promover o peso saudável e combate à obesidade, constituindo uma estratégia conjunta entre setores público-privados e o estabelecimento de parcerias com setores como a educação, a saúde e autarquias. Assim, foi identificado no plano de saúde de 2004 a criação do programa de combate à obesidade (Direcção Geral de Saúde, 2005). Na área da saúde, este é articulado com outros programas nacionais como: o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o Programa Nacional de Controlo da Diabetes, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares e o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.

### **1.2.2. Fatores Psicossociais, Económicos e Culturais**

São vários os estudos que demonstram que o impacto psicológico da obesidade pode ser moldado por processos físicos, sociais e pela relação entre estes nunca colocando de parte a componente biológica (Mestre & Pais Ribeiro, 2010). Assim, processos físicos como uma má alimentação e o excesso de peso podem afetar o humor através de alterações nos neurotransmissores, que por sua vez podem afetar a imagem corporal. O stress, faz com que haja uma desinibição para comer, influenciando também a distribuição de gordura corporal e a libertação de cortisol (Silva, 2010).

As mensagens negativas sobre o excesso de peso são inexoráveis, o que reflete o que é evidente e veiculado no nosso quotidiano pelos meios de comunicação e instituições como escolas e empresas (Pastor, 2009). De facto, investigações sobre o estigma depositado no aspeto físico, e mais propriamente no peso, mostram que atitudes discriminatórias estão presentes na população em geral, desde os profissionais de saúde até aos profissionais especializados em investigação sobre a obesidade ou o atendimento clínico de indivíduos obesos (Schwartz & Brownell, 2004). Nos países ocidentais é comum a existência desta atitude negativa e discriminatória não se limitando tal somente à aparência física, como colocando também em causa o carácter e a personalidade destes indivíduos (Mathew, Francis, Kayalar & Cone, 2008). Segundo os autores, a teoria da autodeterminação é a melhor explicação apoiada no presente para a disseminação da estigmatização do excesso de peso e da obesidade. Esta enfatiza a causalidade e a controlabilidade. Assim, quando as pessoas encontram um indivíduo pertencente a um grupo estigmatizado, procuram a causa para esse

estigma. Se a característica estigmatizada é considerada sob controlo pessoal, a culpa é atribuída, o viés parece razoável e a discriminação é justificada. No caso da obesidade, as pessoas têm uma condição altamente estigmatizada e são julgados como sendo responsáveis por ela. Em seguida, surgem explicações da personalidade, as pessoas obesas são consideradas de fraca vontade, preguiçosas, desleixadas, incompetentes e emocionalmente instáveis (Puhl & Brownell, 2001).

A obesidade é frequentemente associada a transtornos depressivos e sentimentos de inferioridade (Mestre & Pais Ribeiro, 2010), contudo os efeitos psicológicos da perda de peso têm sido motivo de controvérsia no campo de tratamento da obesidade (Grave, Calugi, Petroni, Domizio & Marchesini, 2010). O que urge modificar é a crença de que devido à sua condição física, têm necessariamente problemas psicológicos, e que ou isso ou o desleixo é a justificação para o excesso de peso destes sujeitos. Os aspetos psicológicos relacionados com a obesidade envolvem vários fatores como a depressão, a ansiedade, a compulsão alimentar ou um sentimento de culpa e mecanismos fisiológicos como a resistência ao jejum na vigência de dietas restritivas que podem, também, estar associados a uma perda de peso com prejuízos para a saúde. Por sua vez, um ambiente competitivo, com altas expectativas da adequação a um corpo perfeito pode ser responsável por problemas de realização pessoal para os indivíduos (Silva, 2010).

Um trabalho sueco, Swedish Obese Subjects (SOS) - An Intervention study of obesity, demonstrou não apenas uma diminuição na frequência de depressões reativas no final do tratamento como uma permanência das alterações favoráveis cinco anos depois de finalizada a intervenção no tratamento para a diminuição de peso (Karlsson, Sjostrom & Sullivan, 1998). Apesar deste dado, a relação causal entre transtornos depressivos e obesidade não é clara, contudo, a maioria dos autores é unânime no que concerne à importância da interação entre fatores como perturbações alimentares e alterações no estado de saúde, frequentemente associados à depressão, como responsáveis deste fenómeno. O desenvolvimento de sentimentos depressivos encontra-se especialmente entre os estatutos socioeconómicos mais altos, onde as pressões sociais sobre a aparência física são maiores (Albala, Kain, Burrows & Díaz, 2000).

Em comparação com indivíduos não-obesos, estudos de amostras não-clínicas têm consistentemente demonstrado que indivíduos obesos não diferem dos não-obesos em sintomas psicológicos, psicopatologia, ou personalidade global. No entanto, tem sido mencionado que indivíduos com excesso de peso, especialmente mulheres, são mais negativas sobre o seu nível de aptidão física, imagem corporal e estado geral de saúde do que sujeitos com peso normal. Além disso, de acordo com os autores, a imagem corporal negativa no tratamento de indivíduos obesos está relacionada com o bem-estar psicológico, de tal forma que altos níveis de insatisfação corporal estão associados com depressão elevada e diminuição dos níveis de autoestima (Sarwer, Thompson & Cash, 2005).

Segundo Silva (2010), aqueles que procuram tratamento para o seu peso são pelo menos parcialmente mais motivados por avaliações negativas do seu corpo, e onde a relação

entre imagem corporal e sofrimento psicológico é provável que seja ainda mais proeminente, o que sugere que nas populações que procuram tratamento o grau de obesidade está relacionado com o grau de sofrimento.

Em suma, os parâmetros de beleza veiculados pela sociedade atual causam, como já referido, uma grande pressão social. Tal leva ao incremento de preocupações acerca da imagem corporal e por conseguinte, a uma maior discrepância entre o peso corporal desejável e o peso corporal real. Além dos efeitos sobre as questões psicológicas como o humor, autoestima e imagem corporal, existem desvantagens reais do excesso de peso na educação, emprego e nos cuidados de saúde (Puhl & Brownell, 2001). Sendo a imagem corporal uma área chave no bem-estar psicológico, o estigma social juntamente com a discriminação direta tem um impacto importante sobre a saúde mental de indivíduos com sobrepeso.

### **1.2.3. Causalidade Genética, Educativa e Emocional**

O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. Os fatores que determinam este desequilíbrio são complexos e podem ter origem genética, metabólica, ambiental e comportamental (Hassink, 2009).

Quando se fala de obesidade, há que ter em conta a influência que a genética tem. De facto, uma criança correrá 40% mais riscos de se tornar obesa se um dos seus progenitores também o for, sendo que a percentagem se eleva para 80% no caso de ambos os pais o serem. Em contrapartida, o risco de obesidade não ultrapassará os 10% se os progenitores forem magros (Clerget, 2009).

O nosso organismo revela grande aptidão para economizar reservas, bem como para as fabricar com muito pouco alimento mas, se por um lado, existem inúmeros fatores genéticos que favorecem o armazenamento de gordura, existem outros que, inversamente facilitam a combustão de calorias em indivíduos geneticamente magros (Fermino et al. 2007). Hormonas como a leptina ou a melanocortina, são exemplos de hormonas que influenciam a contrariedade desses genes. A manutenção de um peso estável e gordura corporal está sujeito então a um controlo homeostático estrito onde participam mecanismos eferentes (leptina, nutrientes, sinais nervosos, neurotransmissores hipotalâmicos e mecanismos aferentes (insulina, catecolaminas, etc.) dependentes dos genes (Yasuno et al. 2001).

Apesar da importância genética, esta não se expressará por si só, estando também dependente da interação com o fenótipo, que permitirá a expressão das potencialidades genéticas ou, pelo contrário, a sua dissolução. Desta forma, no que concerne ao excesso de peso genético, são os hábitos alimentares, de atividade física e, naturalmente, emocionais que irão ou não favorecer a expressão do genótipo (Orzano & Scott, 2004).

A procura de novos genes implicados na obesidade e a caracterização fisiológica das suas funções constitui uma área de investigação objeto de interesse nos últimos anos. Entre

as novas metodologias de investigação encontram-se as técnicas de expressão genética diferencial e a terapia génica (Albala et al. 2000).

A identificação de genes ativados e/ou reprimidos durante o desenvolvimento da obesidade, é de grande importância para compreender o processo, porque, como já vimos, parece claro que certos indivíduos mostrem uma predisposição genética para o desenvolvimento de obesidade induzida por uma dieta rica em gorduras. Tal, permitirá conhecer com maior profundidade os mecanismos moleculares subjacentes importantes para intervenções direcionadas para esta doença (Albala et al. 2000).

A importância das atitudes maternas na alimentação do bebé foi desde sempre considerada crucial e encarada como fonte de dificuldades alimentares, quando se revelavam inadequadas (Gonçalves & Rodrigues, 1998).

As primeiras relações de vinculação influenciarão também a representação que fazemos dos alimentos, bem como o comportamento alimentar. O desenvolvimento das capacidades de discriminação sensorial e da capacidade de reconhecer e de separar as emoções das sensações físicas vai permitir ao lactente distinguir progressivamente a situação de alimentação, do alimento e do dador de cuidados e separar as diferentes emoções desencadeadas por cada um destes elementos (Ramos & Stein, 2000).

Quando não ocorre qualquer afeto na nutrição, a criança é incitada a uma ausência de vínculo afetivo para com os alimentos, podendo ingeri-los sem sentir qualquer prazer ou desprazer, independentemente da quantidade, o que pode acarretar consequências negativas na infância. Por conseguinte, na idade adulta o indivíduo poderá não distinguir as suas diferentes emoções negativas, promovendo o recurso sistemático à alimentação em caso de mal-estar (Lopo, 2002).

Comer, no decurso da infância pode parecer um ato coercivo. Abandonando a dimensão do prazer, a criança associa, por vezes de forma excessiva, a noção de obrigação às refeições. Injunções repetidas, ilustradas pelas palavras de ordem proferidas pelos pais como: “Acaba o que tens no prato!”, “Nada de desperdício!”, “Come para seres alguém!”, “Não há sobremesa se não comeres tudo”- têm diferentes impactos de acordo com as crianças, nomeadamente no que respeita à ideia de que temos de comer o que nos é oferecido, quer tenhamos ou não fome, quer tenhamos ou não vontade (Clerget, 2009). Em adulto, corre-se o risco de conservar uma relação meramente normativa com a comida sem se ser capaz de comer de acordo com o desejo e necessidade (Fermino et al. 2007).

Na sociedade ocidental, os doces são voluntariamente apresentados às crianças enquanto recompensa por um bom comportamento e enquanto sobremesa no fim da refeição, sob o lema de que se guarda o melhor para o fim, e servindo como ameaça para que a criança coma tudo o que tem no prato. Tudo isto contribui para a integração mental do açúcar como recompensa, o qual nos concederemos mais tarde, já adultos, quando procuramos reconforto (Rotenberg & De Vargas, 2004).

Já vimos que os alimentos transportam os símbolos culturais do meio em que o indivíduo se encontra, contudo, e apesar de ser atribuída menor importância e por

consequente menor interesse de investigação, as emoções dos progenitores têm também um papel fundamental no desenvolvimento desta doença (Ramos & Stein, 2000). De facto, as causas emocionais são as que detêm maior influência nas causas educativas quando se fala de excesso de peso. A quantidade de alimentos ingeridos é claramente influenciada pela sua qualidade e pelo modelo de alimentação transmitido pelos nossos pais, tendo estes uma relação direta com as emoções e os problemas emocionais que estão, muitas vezes, na origem dos quilos em excesso que resistem a qualquer dieta (Clerget, 2009).

#### 1.2.4. Preditores do Controlo de Peso

Graças à vasta informação proveniente das mais variadas investigações sobre este tema, têm sido identificados os preditores individuais capazes de influenciar e funcionarem como bons, ou não, preditores do controlo de peso. Desta forma, aspetos como o peso inicial, crenças de autoeficácia relativamente à ingestão e a ausência de tentativas anteriores de perda de peso, sugerem a existência de uma relação preditora da perda de peso, enquanto outras variáveis como o *binge eating*, a restrição da ingestão e fatores de personalidade são referenciados como não preditores (Sousa, 2010).

Estudos demonstraram que um maior número de tentativas anteriores de cumprir uma dieta e de perder peso está associado a um baixo sucesso na perda de peso no *follow-up*. (Andrade et. al, 2010).

Alguns padrões comportamentais parecem determinar a sua ocorrência implicando outros aspetos psicopatológicos que tendem a agravar o quadro clínico. O *Binge eating* caracteriza-se pela ingestão anormal de uma elevada quantidade de alimentos e a perda do controlo durante essa ingestão, provocando sentimentos de angústia/culpa e ansiedade. A superingestão emocional, especialmente na presença de episódios de compulsão alimentar, é normalmente vista como um fator negativo na perda de peso, contribuindo para a incapacidade de alcançar objetivos especialmente quando sentimentos ansiógenos e depressivos são elevados (Didie & Fitzgibbon, 2005).

A restrição cognitiva da ingestão constitui outro fator preditor importante a ter em conta no controlo de peso. Devido à dificuldade de sustentar a restrição energética de forma prolongada a propensão para a desinibição do controlo cognitivo por fatores como o stress, a depressão ou a ingestão de bebidas alcoólicas torna-se eminente (Mash & Grilo, 2006).

Entende-se por autoeficácia a crença que determinado indivíduo tem acerca das suas capacidades para organizar e executar ações necessárias para produzir determinados resultados (Myers, 1996). A autoeficácia tem-se revelado um poderoso preditor em vários domínios como é o caso da perda de peso, contudo, apesar de existirem evidências que demonstram que quanto mais elevada é a autoeficácia relativamente ao comportamento alimentar mais alta é a probabilidade de melhorar o patamar inicial de peso, as conclusões desta relação não são completamente esclarecedoras (Silva, 2010).

A motivação define-se como algo que direciona um comportamento e permite a sua persistência (Reeve, 1994). A automotivação e autonomia admitem-se fulcrais para o sucesso na perda de peso, na medida em que é importante que cada pessoa visualize a meta final como um objetivo seu e não como algo que é imposto, contribuindo para uma relação direta para uma melhor compreensão do seu estado (Palmeira, 2009).

Na saúde, para a promoção da mudança comportamental é necessário fornecer os meios e saber se existem os recursos necessários para o fazer (Mestre, 2011). As expectativas dos resultados, realistas ou não, constituem também um preditor importante para a perda de peso e estão associadas a resultados mais duradouros (Sousa, 2010). Quando, irrealisticamente, a perda de peso está assente na procura de melhorias ao nível do humor, autoimagem ou relações pessoais, a probabilidade de desistir de determinado tratamento é grande (Silva, 2010). Ao que parece, as expectativas dos resultados parecem estar associadas ao forte impacto que o IMC deposita naquilo que é considerado uma perda de peso razoável e expectável. Assim, está nas mãos dos profissionais de saúde fazerem compreender que uma perda de peso realista irá melhorar as complicações comórbidas que a obesidade acarreta e que o desenvolvimento do tratamento deverá ser pautado pela avaliação desses mesmos objetivos (Palmeira, 2009).

O *Locus de Controlo* constitui uma variável que permite avaliar a perceção das pessoas acerca do grau em que acreditam que o seu próprio comportamento determina os resultados da sua vida (Neto, 1998). Se a preeminência de locus de controlo for interno, os indivíduos têm uma maior tendência para entender que determinados acontecimentos de vida são controlados por eles próprios. Se por outro lado, a preeminência for de um locus de controlo externo a tendência é perceberem que esses eventos são controlados por outros fatores alheios a eles próprios como outras pessoas, entidades, atribuições ao destino ou à sorte (Ribeiro, 2000). No que toca à perda de peso, se houver controlo interno, há a perceção de que o indivíduo é responsável pelo controlo do seu peso potenciando uma maior curiosidade pela recolha de informação acerca do tratamento da sua condição e por conseguinte, esta maior envolvimento traduz um maior sucesso na perda e manutenção do peso perdido. Ao invés, se o controlo for externo a tendência destes sujeitos é percecionarem que são os outros, como os profissionais de saúde ou o destino, que detêm esse controlo na perda de peso (Duperly, 2000).

Sucedem que, e segundo a literatura, existe uma maior tendência para a externalidade nos indivíduos com excesso de peso do que para a internalidade (Silva, 2010).

A linha entre imagem corporal, autoestima e autoconceito é ténue. De facto, se a imagem corporal é considerada como uma das múltiplas componentes da autoestima e considerada como um traço multidimensional que envolve dimensões comportamentais, cognitivas e perceptivas; a autoestima, uma extensão do autoconceito, composta por um conjunto de perceções e emoções que o indivíduo tem acerca de si próprio e do valor que a si atribui; é expectável que indivíduos obesos desenvolvam uma baixa autoestima e um fraco autoconceito (Segal, 2004). As atitudes e sentimentos corporais são, portanto, fruto da

interação entre processos fisiológicos, neurológicos, emocionais e sociais e determinantes para o comportamento de cada um (Duperly, 2000). Em consonância com esta premissa, os valores de algumas dimensões da imagem corporal no início do tratamento funcionam como preditores dos resultados no peso final na medida em que uma melhor imagem corporal implica uma maior perda de peso (Mathew et al. 2008).

As atitudes e sentimentos corporais são, portanto, fundamentais na determinação do comportamento individual, incluindo o comportamento alimentar daí que seja de extrema relevância a implementação de estratégias de valorização pessoal aliadas à promoção da imagem.

### **1.2.5 Perceção e imagem corporal**

O estudo da dimensão perceptual da imagem corporal em indivíduos obesos tem resultado em conclusões inconsistentes, sendo tal sobretudo à difícil tarefa de comparar resultados extraídos de diferentes métodos de avaliação (Schwartz & Brownell, 2004). Um passo fundamental foi a conclusão no final de 1980 que revogou o facto de se tratar de um défice sensorial (como foi originalmente desenvolvida a hipótese do problema entre pacientes com anorexia nervosa), sendo devido a atitudes das pessoas, crenças e pensamentos que influenciam o modo como veem o tamanho dos seus corpos (Grogan, 2008).

Apesar dos resultados mistos e métodos distintos, alguns estudos sobre a dimensão perceptual fornecem-nos algum insight acerca de como as pessoas obesas e com excesso de peso percecionam os seus corpos. É a partir da fusão de alguns desses dados que, neste ponto, e para melhor entender todo o enredo que envolve a imagem corporal, irão ser abordadas questões intimamente relacionadas com: a relação entre estigmatização na obesidade e desenvolvimento da imagem corporal negativa bem como as implicações para a saúde mental, a discrepância entre a imagem corporal ideal e atual e diferenças de género e idades no que toca à insatisfação corporal.

As primeiras pesquisas nesta área levantaram a hipótese de que à semelhança de pacientes com anorexia, os sujeitos obesos, superestimam o seu tamanho corporal (Garner, Garfinkel, Stancer & Moldofsky, 1976; Collins et al. 1987; Bell, Kirkpatrick & Rinn, 1986; Brodie e Slade, 1988; Gardner, Gallegos, Martinez & Espinoza, 1989; Collins, McCabe, Jupp & Sutton, 1983, referidos por Annis, Cash & Hrabosky, 2004).

Da comparação entre amostras clínicas e não clínicas constituídas por sujeitos do sexo feminino com sobrepeso, resultam diferentes níveis de avaliação corporal. Todos os grupos; indivíduos com peso normal, abaixo e acima da média, superestimaram a sua imagem corporal, sendo que esta avaliação é proporcional ao peso, por outras palavras, o que se verificou foi que quanto maior o excesso de peso maior a superestimação da imagem corporal (Dijkstra & Barelds, 2011). Rosen (1997) especula ainda que quando as pessoas se veem

significativamente com mais excesso de peso do que têm, e a mudança se percebe como inalcançável, pode levar à falta de motivação culminando na resignação.

As diferenças absolutas na sobre e subestimação estão significativamente correlacionadas com a psicopatologia nos obesos, mas não com o peso normal dos indivíduos em geral. Os autores concluíram que a imagem corporal de indivíduos obesos está desenvolvida a um nível inferior (Schwartz & Brownell, 2004) e que por isso são mais propensos a distorcer a imagem corporal, mais insatisfeitos e preocupados com a aparência física, e mais esquivos de situações sociais. Na verdade, todos os três componentes da imagem corporal são afetados: percepção, cognição e comportamento (Fitzgibbon, Blackman & Avellone, 2000).

A fronteira entre as preocupações normais e anormais sobre a aparência é difícil especificar, e muitas pessoas, incluindo muitos profissionais de saúde mental, consideram que a insatisfação com a imagem corporal em pessoas obesas é concebível. Esta atitude representa uma falta de entendimento acerca da natureza deste distúrbio, contribuindo como forma de preconceito negativo para com a obesidade (Grogan, 2008). Indivíduos com sobrepeso preocupam-se com a sua aparência e imagem corporal, chegando a acreditar que a aparência prova algo negativo sobre o seu valor pessoal evitando, conseqüentemente, muitas situações sociais devido ao seu peso e são excessivamente preocupados sobre como ocultar ou dissimular seu corpo (Strachan & Cash, 2002).

Embora a perturbação da imagem corporal ocorra na obesidade, a falta de uma definição padrão é um problema clínico uma vez que um diagnóstico de perturbação dismórfico-corporal é inapropriado visto que este é reservado essencialmente para pessoas com aparência normal mas que imaginam ter defeitos físicos (Prevos, 2005).

Uma insatisfação corporal elevada correlaciona-se significativamente com sintomatologia negativa ao nível da saúde mental e autoestima (Freitas, Lima, Costa & Filho, 2010). Apesar dos benefícios da perda de peso para a saúde, esse não é o objetivo primordial que leva sujeitos obesos a inscreverem-se em programas de controlo de peso, mas sim o desejo de melhorar a sua autoestima e imagem corporal. Iniciar um programa de exercício e escolher uma meta para uma perda de peso específico também são mais influenciadas por preocupações de aparência do que por problemas de saúde ou recomendação de um médico (Strachan & Cash, 2002).

Estar acima do peso na adolescência contribui para o desenvolvimento de uma imagem corporal negativa, tornando-se espectável que haja uma insatisfação corporal na idade adulta (Rosen, 1997). Presumivelmente, os adolescentes obesos tornam-se mais autoconscientes do que o normal sobre sua aparência física, devendo-se tal aos estereótipos negativos acerca da obesidade e das imagens de mulheres magras e homens musculados veiculados pelos media (Faith & Allison, 2000). Todas as pessoas obesas estão expostas ao preconceito sobre a obesidade, mas nem todas desenvolvem imagens verdadeiramente uma imagem corporal negativa. Surge então uma questão, porque é que algumas pessoas com excesso de peso se tornam confiantes acerca da sua aparência e outras não? A explicação

mais plausível poderá estar associada a experiências individuais de cada sujeito, nomeadamente a: boas experiências e gosto pelo desporto, boa autoestima e reforços positivos acerca da aceitação corporal por parte da família e amigos (Schwartz & Brownell, 2004).

Assim, a frequência de situações estigmatizantes está associada com a imagem corporal negativa, os sintomas de saúde mental e IMC. Indivíduos que têm respostas mal adaptativas à estigmatização têm também uma imagem corporal mais negativa, pelo contrário, indivíduos que têm pensamentos alternativos coerentes, têm amor próprio, maior aceitação e recusam-se a esconder o corpo, têm estratégias que permitem prever um melhor ajuste e por conseguinte uma mais positiva imagem corporal (Annis et al. 2004).

Para melhor discriminar a psicopatologia de pessoas obesas alguns investigadores centraram-se numa das variáveis pertencentes à panóplia de interação com a imagem corporal: o distúrbio da imagem corporal. Estes estudos examinam a relação entre o índice de massa corporal e os dois domínios da imagem corporal - percepção e atitude (Lloyd-Richardson, King, Forsyth & Clark, 2000). A componente de percepção refere-se à precisão com que se percebe as várias partes do corpo, enquanto que a componente atitudinal se refere a pensamentos, sentimentos e reações comportamentais para o próprio corpo.

Ainda relativamente à componente atitudinal da imagem corporal, não parece haver uma relação simples entre o índice de massa corporal e insatisfação com o corpo. Embora alguns dados apoiem tal relacionamento, uma pesquisa com uma amostra considerável sugere uma interpretação alternativa. Box e Hicks (1990) demonstraram uma relação significativa entre o sobrepeso percebido - em vez de excesso de peso real - e a insatisfação corporal. Entre os entrevistados o sobrepeso percebido foi associado a uma pior avaliação da aparência física, atitudes mais pobres em direção à saúde pessoal e exercício, assim como um mais baixo bem-estar psicológico (referido por Damasceno et al. 2006).

Finalmente salienta-se ainda que existem determinados subgrupos da população de obesos que são mais propensos a experienciar um distúrbio da imagem corporal, destacando-se: as pessoas com comportamentos alimentares compulsivos; as mulheres obesas, geralmente, referem maior insatisfação corporal do que os homens obesos; e por último, os adultos obesos que foram adolescentes obesos tendem a ter maior insatisfação corporal do que aqueles que eram obesos já em crianças (Grogan, 2008).

Desta forma, num distúrbio da avaliação da imagem corporal a questão importante que permanece, no entanto, não é se, em média, indivíduos obesos são precisos ou imprecisos na sua capacidade de julgar a sua imagem corporal, mas o que isso significa para eles e como isso afeta suas vidas devendo os clínicos avaliar, independentemente do IMC, o desgaste emocional existente devido às crenças erróneas acerca do peso e imagem corporal (Freitas, Lima, Costa & Filho, 2010).

Uma das correlações psicológicas mais replicáveis no excesso de peso e obesidade é a insatisfação corporal, assim, se determinado indivíduo vê o seu ambiente social como pouco

atraente, não é surpreendente que o indivíduo obeso internalize essa autoimagem (Schwartz & Brownell, 2004).

Como já foi referido, a população feminina, independentemente do IMC, é mais propensa a manifestar insatisfação corporal do que a população masculina (Strachan & Cash, 2002) e por isso mais suscetível a consequências psicossociais adversas, perturbações alimentares, depressão, ansiedade social, alterações no funcionamento sexual e baixa autoestima (Prevos, 2005). Cash e Fleming (2002, referido por Grogan, 2008) encontraram uma relação inversa entre o IMC, a imagem corporal e qualidade de vida numa amostra feminina, concluindo que existe um impacto da imagem corporal nas experiências da vida diária.

Um número de fatores de risco contribuem para, ou estão associados, à insatisfação com a imagem corporal e sofrimento em indivíduos com sobrepeso ou obesos. A compulsão alimentar foi identificada como fazendo parte destes fatores, não estando associada apenas a problemas de imagem corporal, mas também de dificuldades psicossociais entre os obesos (Lloyd-Richardson et al. 2000). Em geral, os resultados sugerem que os indivíduos com comportamentos alimentares compulsivos, independentemente do seu peso, revelam significativamente maior sofrimento psíquico em medidas padrão de psicopatologia, têm uma imagem corporal mais negativa, níveis mais baixos de autoestima, e uma maior prevalência de doenças psiquiátricas, particularmente de perturbações afetivas (Showers & Larson, 1999).

Um segundo fator de risco possível para uma maior insatisfação com o corpo em indivíduos obesos é o estigma e a discriminação que estes vivenciam nas suas vidas diárias (Neumark-Sztainer & Haines, 2004), estereótipos esses, que tendem a ser compartilhados inclusive pelas próprias pessoas com excesso de peso (Tiggeman & Pennington, 1996).

Esta relação entre a insatisfação com a imagem corporal e perturbações alimentares não é claramente visível nos homens. No entanto, existem evidências que sugerem que a incidência de perturbações alimentares em homens pode estar a aumentar e que as taxas de prevalência atuais para os homens pode ser subestimada (Prevos, 2005).

As diferenças entre géneros no que toca à insatisfação corporal estão intimamente relacionadas com os diferentes ideais masculinos e femininos. O ideal masculino é uma figura em forma de V com uma ênfase colocada no tamanho dos bíceps, peito e ombros, enquanto o ideal feminino é ser magra, com uma ténue ênfase colocada nos quadris e coxas (Ginis, Eng, Arbour, Hartman & Phillips, 2005). O ganho de peso dos homens encaixa-se então com o desejo de atingir a figura masculina em forma de V e ideal para ganhar massa muscular adicional. Estes dados tornam clara a razão pela qual as mulheres são mais propensas que os homens a se descreverem como gordas, a pesarem-se mais vezes e a aderirem à dieta com mais frequência (Furnham, Badmn & Sneade, 2002).

Em relação a medidas de peso como a insatisfação corporal idealizada e a imagem corporal percebida como atual estudos revelaram que duas vezes mais mulheres desejavam ser mais magras que os homens (Schwartz & Brownell, 2004).

Algumas investigações têm sido realizadas para determinar as diferenças geracionais na insatisfação corporal. Tiggeman & Pennington (1996) indagaram sobre esta questão e encontraram diferenças significativas entre a insatisfação corporal em crianças, adolescentes e adultos. Apesar dos resultados significativos entre as faixas etárias, deve salientar-se que estes resultados surgiram pela utilização de diferentes tipos de escalas de imagem corporal para cada faixa etária.

De acordo com a teoria da auto-discrepância (Higgins, 1987, referido por Grogan, 2008), as discrepâncias entre o self real e o self ideal podem levar a estados emocionais negativos, como decepção e insatisfação, colocando o indivíduo numa situação mais vulnerável a perturbações como é o caso da depressão major. Estes estados emocionais negativos podem, por sua vez, conduzir a uma diminuição da motivação e autoeficácia para atingir as metas físicas e, finalmente, ter um impacto negativo sobre a manutenção de comportamentos saudáveis, como ingestão dietética adequada e padrões adequados de atividade física (Rosen, 1997).

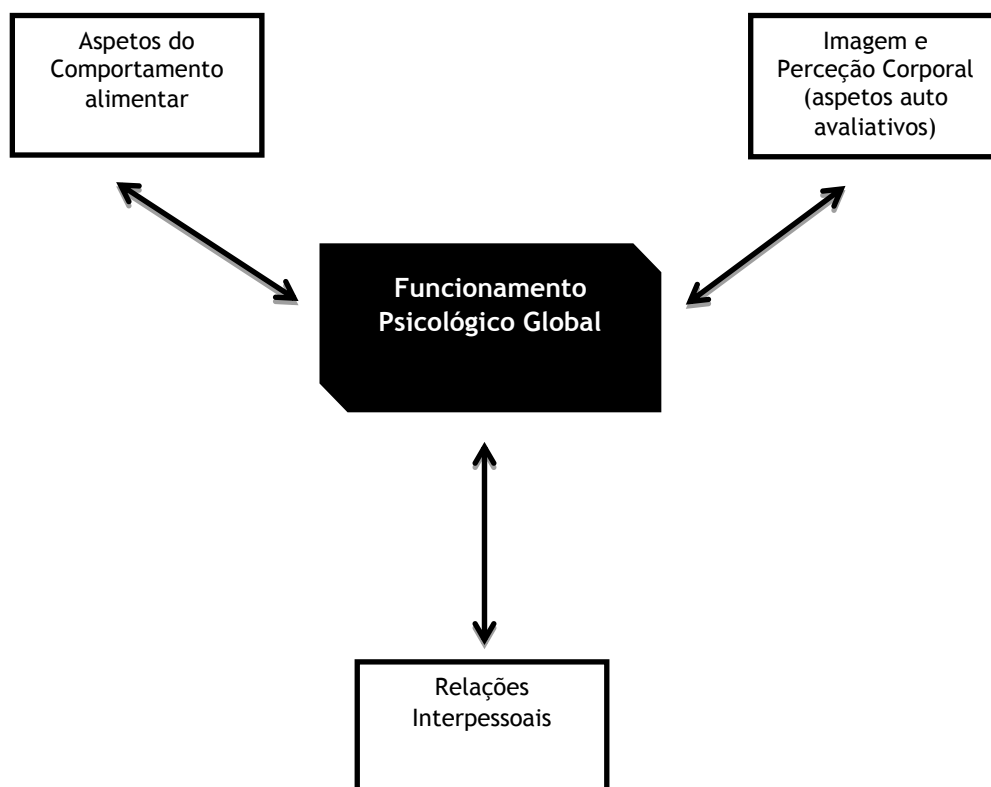
Enquanto estudos anteriores mostraram que as discrepâncias entre o tamanho corporal atual e ideal estão associados com a insatisfação da imagem corporal e distúrbios alimentares, a relação entre as discrepâncias da imagem corporal e da qualidade da ingestão alimentar não tem sido alvo de investigação (Giovannelli, Cash, Henson & Engle, 2008).

Anton, Perri e Riley (2000) sugerem que as discrepâncias da imagem corporal desempenham um papel chave não apenas no desenvolvimento de atitudes negativas, mas também no desenvolvimento de uma alimentação saudável e aquisição de hábitos desportivos.

Através do auxílio de técnicas cognitivo-comportamentais, a terapia da imagem corporal, ou o aprender a aceitar-se a si mesmo, faz com que a probabilidade de aumento de peso diminua (Golay et al. 1997).

Em suma, e como referem Stunkard e Wadden (1992, referidos por Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004) a baixa autoestima, discriminação/hostilidade social, os sentimentos de rejeição e exclusão social, problemas funcionais e físicos, história de abuso sexual, perdas parentais precoces, história familiar de abuso de álcool, ideação suicida, problemas familiares/conjugais, sentimentos de vergonha e auto-culpabilização, agressividade/revolta, insatisfação com a vida, isolamento social, absentismo, psicossomatismo, entre outros, constituem as principais complicações psicológicas associadas ao excesso de peso e obesidade.

Para melhor identificar a influência que esta doença tem na saúde mental dos indivíduos com sobrepeso, a avaliação psicológica deve primar pela consideração das grandes variáveis que temos vindo aqui a aprofundar: personalidade/funcionamento psicológico, comportamento alimentar e imagem corporal. Assim, Faith e Allison (2000) propõem a seguinte heurística pictórica como guia da avaliação psicológica de um indivíduo com excesso de peso/obesidade (Figura 1):



**Figura 1. Heurística pictórica como guia da avaliação psicológica de um indivíduo com excesso de peso/obesidade.**

Fonte: M. Faith & D. Allison (2000).

## 1.3. Consequências

### 1.3.1. Consequências Físicas do Excesso de Peso, e da Obesidade

O excesso de peso é atribuído a diferentes fatores, como já referidos anteriormente, mas sobretudo, a uma modificação mundial de dieta com uma tendência do aumento da ingestão de alimentos hipercalóricos, ricos em gordura e açúcares mas pobres em vitaminas, minerais e micronutrientes associados a uma diminuição da atividade física devido à natureza cada vez mais sedentária de muitos trabalhos (Campbell, Resnicow, Carr, Wang & Williams, 2007).

A obesidade está associada ao desenvolvimento de outras doenças, que normalmente têm impacto na saúde do sujeito, quer a nível físico, quer a nível mental (Mestre & Pais Ribeiro, 2010). O risco para a saúde aumenta de forma proporcional ao aumento do IMC. Um IMC elevado é um importante fator de risco de doenças, como:

- 1) Doenças cardiovasculares (arritmias e acidentes vasculares cerebrais), que já constituem a principal causa de morte em todo o mundo, com 17 milhões de mortes anuais (Wadden & Stunkard, 2004);
- 2) A relação entre Diabetes de tipo 2 e obesidade é bem conhecida, sendo aproximadamente 80% dos diabéticos de tipo 2 obesos. A OMS calcula que as mortes por diabetes aumentarão em todo o mundo mais de 50% nos próximos 10 anos (Duperly, 2000);
- 3) Doenças do aparelho locomotor, nomeadamente artroses;
- 4) Diversos estudos não encontrado uma associação frequente entre obesidade e risco de cancro, como os do endométrio, mama e colón (Duperly, 2000);
- 5) A Hipertensão Arterial é aproximadamente 3 vezes superior em pacientes obesos que em indivíduos com um IMC normal, sendo que o risco de desenvolver este problema entre os 20 e os 44 é cinco a seis vezes maior em indivíduos obesos;
- 6) A Dislipidemia faz parte da constelação de problemas associados à obesidade. Num estudo alemão (Prospective Cardiovascular Münster Study - PROCAM), constatou-se que os maiores níveis de triglicéridos e os menores níveis de colesterol HDL estavam associados a valores mais elevados de IMC e que as alterações lipídicas são tanto maiores quanto maior seja a acumulação de tecido adiposo abdominal. Na presença de excesso de peso, a dislipidemia deve ser analisada à luz do risco cardiovascular associado (Dias, Reis, Parente, Silva & Moura, 2005);
- 7) A obesidade e o excesso de peso provocam igualmente alterações nos níveis de ácido úrico, favorecendo a aparição de gota. A distribuição androide do tecido adiposo eleva o risco de padecer de gota, que está associado ao síndrome de resistência à insulina (Wadden & Stunkard, 2004);
- 8) As alterações hormonais são também um posto na doença que aqui tratamos, sendo a participação dos adipócitos nos diversos processos hormonais uma relação clarificada nos últimos anos. Não sido descritas alterações endócrinas em pacientes obesos com predomino da distribuição androide do tecido adiposo. As alterações endócrinas mais frequentes associadas à obesidade são a resistência à insulina, o aumento dos níveis de cortisol, níveis elevados de testosterona associados a uma diminuição da proteína transportadora de hormonas sexuais e níveis diminuídos de progesterona em mulheres. O síndrome de ovário poliquístico, a causa endócrina mais frequente dos problemas de fertilidade, está associada frequentemente com a obesidade androide. A irregularidade menstrual e as alterações endócrinas das mulheres com síndrome de ovário poliquístico aumentam com o aumento de peso podendo melhorar com a redução do mesmo (Schwartz & Brownell, 2004);
- 9) A função respiratória pode também ficar comprometida com o excesso de peso. Quanto maiores são os níveis de obesidade maiores as associações entre

hipoventilação alveolar, relacionado com a retenção de dióxido de carbono, hipertensão arterial e pulmonar, ativação do sistema simpático e arritmias cardíacas com conseqüente morbidade cardiovascular. Adicionalmente tem sido apontado também a prevalência de asma bronquial em crianças e jovens (Mathew et al. 2008).

### 1.3.2. Saúde Mental e Obesidade

Apesar da inconsistência de fontes, está comprovada a relação entre alterações psicopatológicas e/ou de personalidade e obesidade e excesso de peso, sendo que os autores acrescentam ainda que a obesidade resulta da preexistência e da não resolução de problemas psicológicos (Elfhag & Erlanson-Albertsson, 2006). Ao longo dos anos, têm sido vários os estudos que, comparando amostras clínicas e não clínicas, se debruçam sob a procura de um entendimento para a positiva associação entre estes aspetos e a possível direção desta causalidade (Didie & Fitzgibbon, 2005). Assim, referem como alterações mais frequentes, a nível psicopatológico e de personalidade, a perturbação borderline e a nível emocional, as de tipo depressivo, sendo as de tipo ansioso as segundas mais prevalentes (Black, Goldstein, & Mason, 1992; Glinski, Wetzler, & Goodman, 2001 referidos por Travado et al. 2004).

Aqueles que se debruçam em amostras não clínicas têm, em larga medida, avaliado a relação entre o IMC e distúrbios emocionais. A literatura sugere que não existe uma relação significativa entre o funcionamento psicológico de sujeitos obesos e não obesos, contudo, investigações mais recentes sugerem que a depressão, a raiva e a ansiedade, estão positivamente correlacionados com a obesidade em muitas mulheres (Lauer, Wampler & Lantz, 1996).

Na Suécia, uma investigação com uma larga amostra de sujeitos obesos, comparou o estado psicológico de 1,743 sujeitos obesos com 89 não obesos (Sullivan et. al, 1993 referido por Sullivan, Cloninger, Przybeck & Klein, 2007), onde se verificou a existência de uma relação significativa entre ansiedade, depressão e um pobre bem-estar mental da maioria dos sujeitos obesos em relação aos não obesos. Para além destes dados serem mais proeminentes no grupo de sujeitos obesos, mostraram-se também mais relevantes do que em pacientes com artrite reumatoide, sobreviventes de cancro e com lesões na medula óssea.

Pela constatação destes dados, alguns investigadores têm consignado a importância da associação entre stress emocional e IMC. Em muitas amostras tem sido investigada a relação entre IMC, distribuição da gordura corporal e psicopatologia. Apesar de uns constarem não existir relação, por contraposição, outros ressaltam associações significativas entre obesidade e problemas emocionais, sugerindo ainda que questões psicológicas podem desempenhar um papel causal (Faith & Allison, 2000).

A compulsão para comer (*binge-eating*) é uma das alterações comportamentais mais perturbadoras e pervasivas, não podendo ser deixada de parte quando abordadas as perturbações do foro alimentar. Esta alteração constitui um ritual alimentar acompanhado,

geralmente, por reações emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva (Travado et al. 2004). Na verdade a compulsão para comer correlaciona-se positivamente com o peso corporal entre pessoas obesas e é comum a sua presença entre os indivíduos que ingressam em programas de perda de peso, sendo a sua prevalência estimada para percentagens entre os 23% e os 46% (Minniti et al. 2011). Com base na utilização do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), estudos revelam que a compulsão alimentar está associada a uma maior psicopatologia, em especial depressão e ansiedade. Os indivíduos obesos que relatam maior propensão para a compulsão alimentar evidenciam também mais sintomas de perturbação de personalidade borderline e índices elevados de abuso de álcool pessoal e parental (Panfili et al. 2008). Conclusões de estudos com amostras populacionais e clínicas sugerem que o grau de compulsão alimentar aumenta com índice de massa corporal (Bruce & Agras, 1992; Fairburn, Cooper, Dolly, Normam & O'Conner, 2000; Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, & Schreiner, 1998; Striegel-Moore, Wilfley, Pike, Dohm, & Fairburn, 2000 referidos por Travado et al. 2004). Independentemente do peso, parece que o aumento da compulsão alimentar está associado com uma quantidade significativa de sofrimento e disfunção (Wilfley, Pike, Dohm, Striegel-Moore, & Fairburn, 2001, referidos por Elfhag & Erlanson-Albertsson, 2006). Telch e Agras (1994, referido por Minniti et al. 2011) compararam mulheres obesas diagnosticadas através de entrevista com comportamento alimentar compulsivo, onde a gravidade da compulsão alimentar foi significativamente associada com maior sofrimento psicológico, pontuações mais altas de depressão, maiores problemas interpessoais e baixa autoestima.

Fandiño et al. (2010) apuraram ainda uma relação significativa entre a gravidade da compulsão alimentar e a perturbação obsessivo-compulsiva, sensibilidade interpessoal e ideias paranoides, pelo que os autores apontam como explicação para a relação entre a severidade de ideias paranoides e o comportamento alimentar compulsivo o facto de os pacientes referirem sentirem-se observados durante as refeições e sentirem que vão perder o controlo enquanto comem.

Desta forma é possível chegar à conclusão de que, não existe consensualidade relativamente ao grau de perturbação psicológica desta população na existência de correlação entre o funcionamento psicológico e obesidade, excetuando o caso de estudos com desenho longitudinal e controlados, que apontam que sujeitos obesos que procuram tratamento dietético apresentam maior perturbação emocional que grupos de controlo constituídos por sujeitos obesos e não obesos que não procuram tratamento, apresentando os primeiros maior incidência de perturbação Borderline e perturbação depressiva major, perturbação obsessivo-compulsiva e relataram maior frequência de abuso sexual (Faith & Allison, 2000).

Apesar da controvérsia dos dados provenientes de todas as investigações tidas acerca do tema, é consensual que a presença de uma perturbação alimentar grave pode também apresentar sintomas em várias esferas psicopatológicas. Portanto, na investigação de perturbações alimentares, especialmente em pacientes obesos, o impacto do presente diagnóstico no funcionamento global poderá ser visto como um indicador de gravidade.

## 1.4. Bases Conceptuais da Teoria da Autodeterminação

A Teoria da Autodeterminação foi construída com base em quatro teorias (Teoria de Avaliação Cognitiva, Teoria de Integração Organicista, Teoria das Orientações Causais e, por último, Teoria das Necessidades Básicas). Apesar de todas partilharem uma visão organicista, conceitos de necessidade psicológicas básicas e interpretarem o *self* de forma causal, cada uma se orienta para determinado pressuposto (Deci & Ryan, 2008).

De um modo geral, a Teoria da Autodeterminação é uma *macroteoria* da motivação humana que tem relação com o desenvolvimento e o funcionamento da personalidade dentro dos contextos sociais. Esta analisa o grau em que as condutas humanas são volitivas ou autodeterminadas, isto é, o quanto as pessoas realizam as suas ações num nível maior de reflexão e se comprometem com essas mesmas ações por sua própria escolha. Dessa forma, o indivíduo pode ser motivado intrínseca ou extrinsecamente para tentar satisfazer as suas necessidades e, assim, atingir a autodeterminação (Ryan & Deci, 2000).

A qualidade da motivação dependerá do nível de internalização das regulações externas, sendo que, quanto maior o nível de autodeterminação do comportamento melhor a qualidade motivacional. A internalização refere-se ao processo proactivo pelo qual as regulações externas, práticas e prescrições culturais, são transformadas em autorregulações, ou seja, tornam-se valores, crenças e compreensões pessoais (Gonçalves & Alchieri, 2010).

Diz-se então que o locus de causalidade pode ser interno ou externo. A internalização e regulação são aspetos fundamentais quer na socialização ao longo da infância, quer na regulação dos comportamentos ao longo da vida (Almeida, 2009).

Foquemo-nos no constructo de Autoeficácia, variável psicológica mais associada à motivação.

Este conceito, introduzido por Bandura, pressupõe que não é apenas o ambiente que influencia o sujeito, verificando-se também o inverso - *Determinismo Recíproco*. Na sequência das suas investigações, e reforçando a visão reducionista que o behaviorismo tinha do comportamento humano mais propriamente na dicotomia reforço-punição, o autor enalteceu a influência de outros fatores inerentes a este processo de *aprendizagem social*, como: a atenção; a retenção; a reprodução e a motivação (Guimarães & Bzuneck, 2008).

Desta forma, e segundo esta teoria, uma aprendizagem mais efetiva dependerá do carácter apelativo do modelo, da presença de motivação, e neste caso o reforço ou a punição poderão ser fatores importantes (Sussman & Williams, 2008).

Estabelecendo a analogia com a temática que aqui tratamos, um sujeito com excesso de peso pode ver os seus níveis motivacionais serem incrementados no que toca à perda de peso pelos mais variados fatores. Ainda assim, importa contemplar os seguintes: porque se recorda que quando perde peso a sua família o elogia; porque imagina que se perder peso o seu médico irá elevar o seu comportamento; ou porque observa que outros sujeitos também em tratamento são elogiados, quando conseguem atingir o programa terapêutico estabelecido. Estes exemplos, estabelecidos por Mestre (2011), podem verificar-se no sentido

inverso, contemplando motivações negativas que conduzem à falta de motivação e constituem razões, fundamentadas para estes indivíduos, para não agir.

Assim, e tendo por base este modelo, o caráter motivacional e a ação humana são determinadas por sistemas regulatórios, relacionados não só com melhor integração social, mas também com melhor saúde (Silva et al. 2008).

Estes mecanismos compensatórios estão, muitas vezes, envoltos de pensamentos desajustados, que comprometem a pessoa ao nível social (Mestre, 2011). É neste sentido que surge o conceito de percepção de competência.

Segundo (Zimmerman, 2005), a autoeficácia é nada mais nada menos do que, a apreciação que a pessoa faz acerca das capacidades que possui para a realização de determinado comportamento, com a finalidade de cumprir um resultado desejado.

Segundo Bandura, as crenças de autoeficácia derivam da experiência individual, de experiências observacionais, da persuasão verbal e de sinais emocionais.

A capacidade de mudança e a manutenção de hábitos dependem também das cognições que lhe estão associadas, pelo que efetivamente, para que haja mudança mais do que a intenção de mudança por parte do indivíduo aliado ao sentimento de capacidade, é necessário que o sujeito acredite nestas suas capacidades (Almeida, 2009).

Desta forma, quanto maior a percepção de autoeficácia na determinação de objetivos pessoais, maior será a perseverança para os atingir, maior serão as crenças pessoais na capacidade para os atingir, e por conseguinte, maior será o esforço despendido (Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005).

As experiências do sujeito também detêm um caráter importante no setor comportamental do indivíduo, pelo que experiências de sucesso irão fomentar a reprodução futura ao nível comportamental, ao invés, fracassos reiterados aumentam a probabilidade de mecanismos de evitamento e de baixa autoeficácia (Zimmerman, 2005). Uma vez estabelecida esta avaliação global, o indivíduo tem tendência a generalizar a outras situações da sua vida diária.

Na avaliação que faz do comportamento dos outros, o indivíduo pode aumentar a sua autoeficácia, principalmente se esta observação for repetida e, pela persuasão verbal, sob a forma de encorajamento e suporte (Mestre, 2011).

Em suma, o grau de autoeficácia do sujeito varia num largo espectro de situações, e prevê diferentes níveis de alterações terapêuticas. De realçar que no seio de programas de dieta e controlo de peso, a autoeficácia prediz uma maior intenção comportamental (Wamsteker et al. 2005).

Este facto é comprovado por uma investigação transcultural onde o propósito seria associar alterações do IMC em mulheres, caucasianas e afroamericanas, e os seus níveis de autoeficácia. Constatou-se que a diminuição do IMC em ambos os grupos tinha uma estreita relação entre este fator e o aumento da autoeficácia ao longo do tempo (Annesi & Whitaker 2010).

Segundo Luszczynska et al. (2005) a percepção de eficácia é inversamente proporcional à influência de fatores como: ansiedade, níveis de *stress* e depressão. Assim, quanto mais se fizer notar esta influência menor será a percepção de eficácia para a resolução de terminado problema.

Não será de estranhar portanto, que indivíduos com elevados níveis de autoeficácia desenvolvam esforços necessários no desempenho de determinadas tarefas, uma vez que estes acreditam que conseguem ter a desenvoltura necessária para as superar. Por outro lado, indivíduos com baixos níveis de autoeficácia tendem a evitar situações percebendo as como perigosas (Loureiro, 2009).

Uma baixa autoeficácia está relacionada com depressão, ansiedade, sentimentos de impotência, baixa autoestima e com pensamentos mais pessimistas quanto às capacidades pessoais (Schwarzer, 2009).

Em síntese, salienta-se a associação positiva entre áreas como o exercício, a nutrição, e a manutenção da perda de peso e a Teoria da Autodeterminação. Esta teoria tem sido inclusivamente referida como útil na previsão da manutenção de comportamentos relevantes para a melhoria da condição de saúde e na permanência em programas de promoção da saúde em geral (Williams et al. 2002).

# Capítulo II. Metodologia

## 2.1 Introdução

Este capítulo constitui uma apresentação da metodologia empregue na realização do presente estudo, incluindo a formulação de hipóteses a testar, critérios para a seleção da amostra e respetiva caracterização, descrição dos instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e tratamento de dados.

O estudo teve como participantes, indivíduos inscritos em duas edições do Programa PESO a decorrer no Centro Hospitalar Cova da Beira, no Período de Novembro de 2011 a Março de 2012. Recolheu-se uma amostra de conveniência constituída por 43 indivíduos com excesso de peso e obesidade, tendo a sua participação obedecido a critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos no estudo os sujeitos que:

- ✚ Frequentavam o Programa de PESO;
- ✚ Com um IMC superior ou igual a 25 (Excesso de Peso)
- ✚ Depois de devidamente informados acerca dos objetivos da investigação, concederam o consentimento livre e informado para a sua participação;
- ✚ Não apresentavam impedimento para o entendimento das perguntas.

Como critérios de exclusão do estudo, salienta-se o seguinte:

- ✚ Aqueles que mesmo lendo as perguntas lhes era impossível a compreensão das mesmas

No que concerne às variáveis em estudo é possível enumerar as seguintes:

- Género
- Índice de Massa Corporal (IMC)
- Classificação segundo a OMS
- Existência de Problemas significativos
- Descrição corporal
- Alterações significativas de peso
- Funcionamento Psicológico (Escala Mini-Mult).
- Estilo Alimentar (Restritivo, Externo ou emocional)
- Autoeficácia Geral Percebida
- Satisfação corporal - imagem real e ideal (Escala de Silhuetas de Stunkard et al. 1983)

Como objetivos gerais intentámos investigar e compreender a relação entre o Funcionamento Psicológico/Personalidade e Comportamento alimentar, crenças de autoeficácia e Imagem e Satisfação/Insatisfação Corporal como preditores ou não para a mudança comportamental e aquisição de hábitos saudáveis em sujeitos com excesso de peso.

Assim, e tendo por base este objetivo, formulamos as seguintes hipóteses sobre esta investigação:

H1: Existe uma associação estatisticamente significativa entre Classificação de IMC e Perturbação Borderline.

H2: Existe uma associação estatisticamente significativa entre Classificação de IMC e Depressão a um nível psicopatológico.

H3: Existe uma associação estatisticamente significativa entre Classificação de IMC e Paranoia a um nível psicopatológico.

H4: Existe uma relação entre género e estilo alimentar (restritivo, externo e emocional).

H5: Existe uma associação estatisticamente significativa entre o Estilo Alimentar Externo e Emocional

H6: Existe uma relação entre o grau de insatisfação corporal e funcionamento psicológico.

H7: Existem diferenças significativas entre o Nível de idade e o Grau de insatisfação corporal.

H8: Relação entre o Grau de Insatisfação Corporal e Autoeficácia Geral Percebida.

H9: Existe uma relação entre autoeficácia geral percebida e experiências prévias negativas com dietas.

H10: Existe uma relação entre autoeficácia geral percebida e existência de problemas significativos.

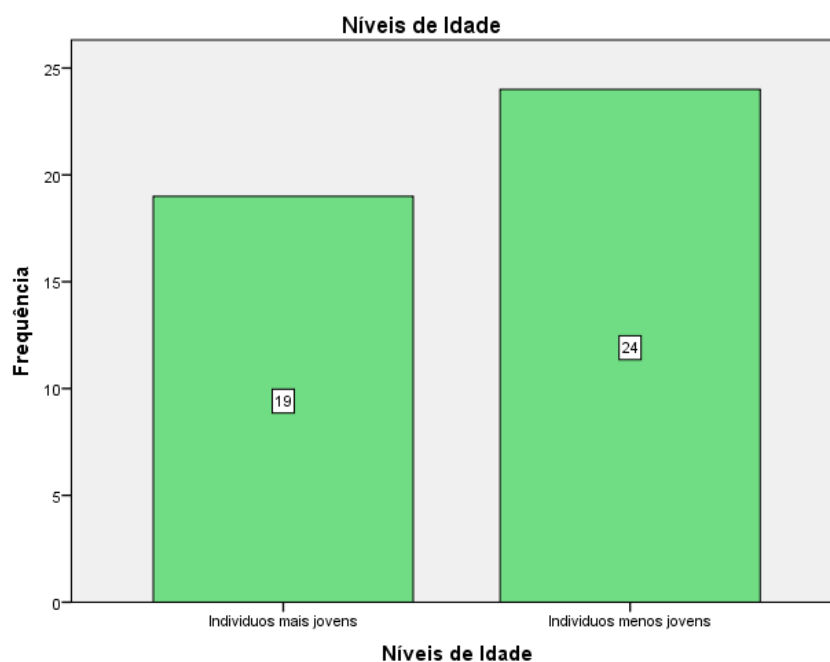
## 2.2. Participantes

O grupo de participantes no presente estudo, é constituído por 43 sujeitos. Compreendeu a recolha de dados junto de 34 indivíduos (79%) do sexo feminino, e 9 indivíduos (20,9%), assim perceptível alguma assimetria quanto ao género. A média de idades dos constituintes da amostra é 50,70 anos (DP=12,015), localizada entre os 26 e 76 anos de idade, ressalvando-se a predominância dos indivíduos com 44 anos (Tabela 2).

Tabela 2:  
**Estatística descritiva da amostra, segundo o sexo e a idade**

Sexo	Idade		
	M	DP	Min-Máx
M (n=9)	53,44	10,35	36-63
F (n=34)	49,97	12,46	26-76
Total (n=43)	50,70	12,02	26-76

Com o intuito de diferenciar a idade dos sujeitos, foram criados dois subgrupos de idade, assim, o primeiro grupo, com idades compreendidas entre os 26 e os 47 anos foi designado por “Indivíduos mais Jovens” (N=19, 44,2%), e o segundo grupo, com idades compreendidas entre os 49 e os 76, denominado por “Indivíduos menos Jovens” (N=24, 55,8%) (Figura 2).



**Figura 2. Frequência dos Sujeitos da Amostra Segundo os Níveis de Idade**

Quanto às habilitações dos indivíduos inquiridos, apresenta variabilidade considerável, uma vez que contempla sem habilitações (n=1; 2,3%), 1º Ciclo do Ensino Básico (n=11; 25,6%), 2º Ciclo do Ensino Básico (n=4, 9,3%), 3º Ciclo do Ensino Básico (n= 9, 20,9%), Ensino Secundário (n=12, 27,9%), Licenciatura (N=5, 11,6%), e Mestrado (N=1, 2,3%).

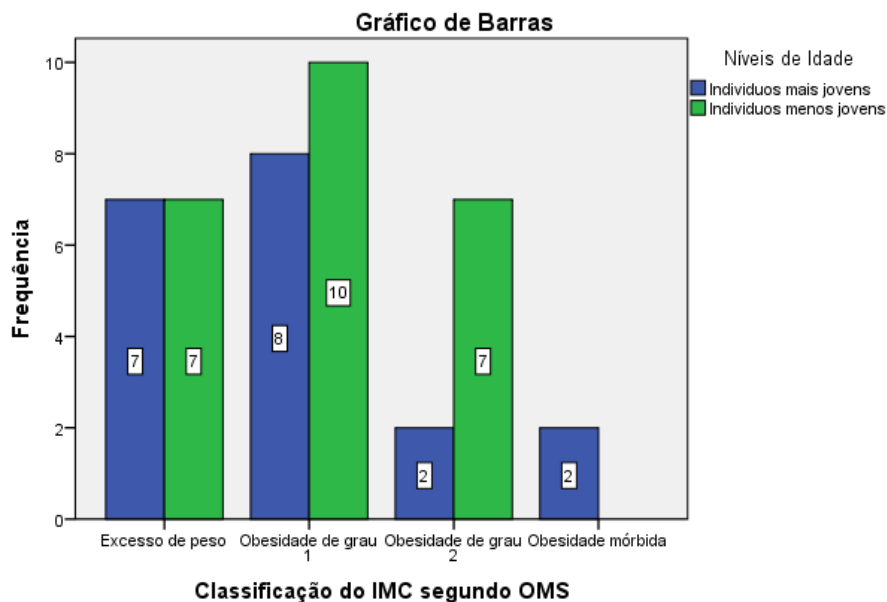
Na amostra recolhida, foi possível identificar, de entre as categorias da OMS para a avaliação do IMC, 14 indivíduos com Excesso de Peso (32,6%), 18 com Obesidade de Grau I (41,9%), 9 com Obesidade de Grau II (20,9%), e 2 com Obesidade Mórbida (4,7%). Entre estes, e como é possível verificar na tabela abaixo, com Excesso de Peso encontram-se dois indivíduos do sexo masculino e 12 do sexo feminino, correspondente ao intervalo de Obesidade de Grau I 4 indivíduos do sexo masculino e 14 do sexo feminino, 3 sujeitos do sexo masculino e 6 do feminino apresentam composição corporal que os enquadra em Obesidade de Grau II e, por último, apenas dois indivíduos do sexo feminino se situam em Obesidade Mórbida (Tabela 3).

**Tabela 3:  
Classificação do IMC pela OMS, segundo o género**

Sexo	IMC			
	Excesso de Peso	Obesidade de Grau 1	Obesidade de Grau 2	Obesidade Mórbida
M (n=9)	2	4	3	0
F (n=34)	12	14	6	2
Total (n=43)	14	18	9	2

Ao se averiguar como se distribuem os sujeitos segundo a classificação do IMC pela OMS (Figura 3), verifica-se que na categoria de Excesso de Peso os grupos estão equiparados

com 7 sujeitos; com Obesidade de Grau I encontram-se 8 indivíduos do grupo de Indivíduos mais Jovens e 10 indivíduos do grupo menos jovem; com Obesidade de Grau II encontram-se 2 indivíduos com idade mais Jovem e 10 com idade menos Jovem, e por fim, na classificação de Obesidade Mórbida apenas se encontram 2 dos sujeitos com idade mais jovem.



**Figura 3. Classificação do IMC segundo a OMS segundo os Níveis de Idade**

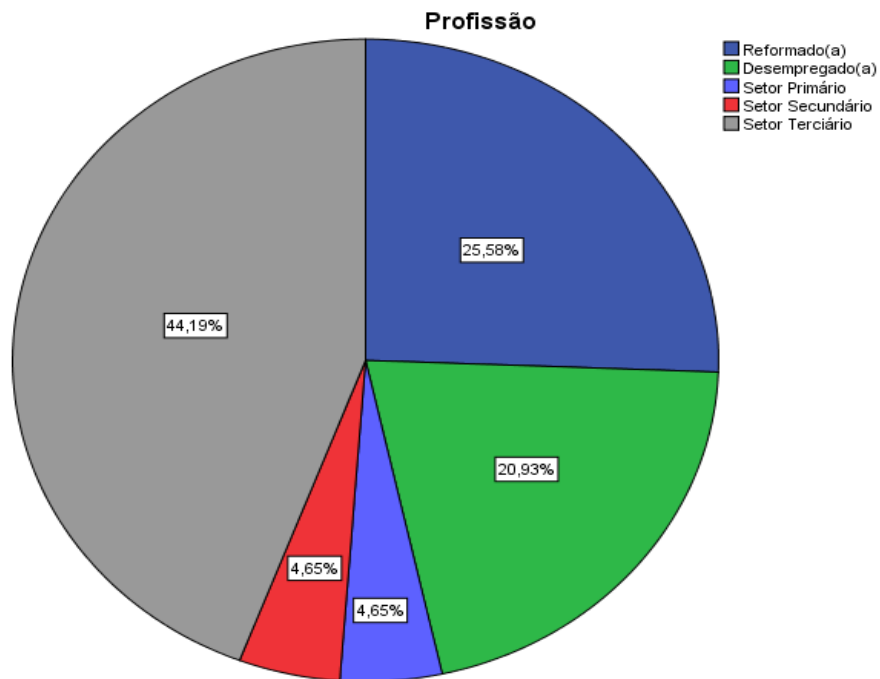
Dos participantes, na sua maioria assinalou casado(a) como estatuto marital (n=31; 72,1%), seguindo-se solteiro(a) (n=5; 11,6%), união de facto (n=3; 7%), e viúvo(a) ou divorciado(a) (n=2; 4,7%).

Quanto ao número de filhos, os dados recolhidos decorrem desde os indivíduos que não têm qualquer filho (n=6; 14%), aos que têm cinco filhos (n=1; 2,3%). No intermédio identificam-se 12 participantes com um filho (27,9%), 21 participantes com dois filhos (48,8%), 2 participantes com três filhos (4,7%), e um participante com um filho (2,3%). Os agregados familiares, em relação à sua composição, foram referidos como tendo um elemento (n=3; 7%), dois elementos (n=24; 55,8%), três elementos (n=9; 20,9%), ou quatro elementos (n=7; 16,3%).

Relativamente ao estatuto socioeconómico dos indivíduos que compõem a amostra, um elemento (2,3%) enquadra-se no estatuto alto, dois elementos (4,7%) no estatuto médio alto, dezassete (39,5%) no estatuto médio, dezoito (41,9%) no estatuto médio baixo, e cinco (11,6%) num estatuto baixo.

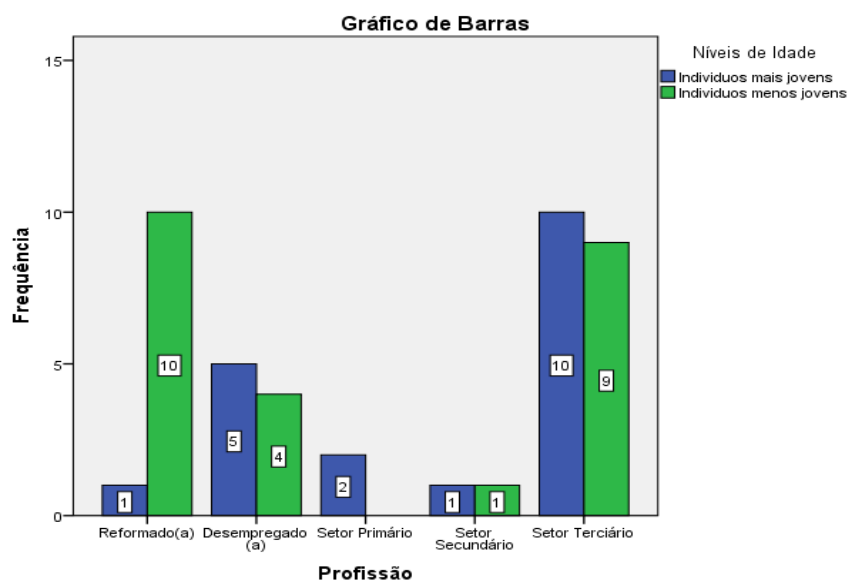
Verificou-se a existência de uma grande variedade no que concerne à atividade profissional. Assim, e à semelhança do sucedido com a variável idade, ordenaram-se os sujeitos consoante os seguintes parâmetros: Reformado(a); Desempregado(a); Trabalhador(a) do Setor Primário (representando essencialmente a agricultura); Trabalhador(a) do Setor Secundário (Atividades Industriais) e Trabalhador(a) do Setor Terciário (Serviços).

Das atividades profissionais representadas, é no Setor Terciário onde se enquadra a maioria das profissões (como por exemplo: técnico superior de higiene e segurança, auxiliar de fisioterapia, técnico oficial de contas, técnico de emergência médica, oficial da GNR, professor, técnico de vendas, auxiliar de educação, administrativa, e gerente empresarial) (n=19; 44,2%), seguindo-se dos indivíduos que já cessaram a sua atividade profissional (n=11; 25,6%), dos sujeitos desempregados (n=9; 20,9%) e, por fim, com menor preponderância, os trabalhadores do Setor Primário e Secundário (essencialmente trabalhadores fabris têxteis) (n=2; 4,7%) (Figura 4).



**Figura 4. Atividade profissional dos 43 sujeitos da Amostra**

Ao examinar como se repartem as atividades profissionais dos respondentes pelos níveis de idade (Figura 5) verifica-se que: são mais os indivíduos reformados com idade menos jovem (n=10) que aqueles com idade mais Jovem (n=1); ainda que com uma diferença mínima são mais os sujeitos desempregados do grupo mais jovem (n=5) do que do menos jovem (n=4); pertencentes ao Setor primário apenas se encontram indivíduos mais jovens (n=2); do Setor Secundário encontra-se um sujeito de cada nível de idade e, por fim, com atividades profissionais enquadradas no Setor Terciário estão 10 sujeitos mais jovens e 9 menos jovens.



**Figura 5. Atividade profissional dos 43 sujeitos da Amostra segundo os Níveis de Idade**

De todos os participantes, 16 referiram não ter nenhuma atividade recreativa (37,2%), sendo que desses, 7 sujeitos tinham um IMC correspondentes a Excesso de Peso, 5 a Obesidade de Grau 1, 3 a Obesidade de Grau 2 e um a Obesidade mórbida.

Relativamente a problemas significativos identificados, a maioria (n=32, 74,4%) refere a existência de algum, ao passo que os restantes (n=11, 25,6%) referem não ter nenhum. Dos que referiram a presença de alguma problemática, a maioria refere problemas de saúde (n=9, 27,3%) ou ansiedade (n=8, 24,2%), registando-se ainda depressão e problemas económicos (n=4, 9,3%), problemas familiares (n=2, 6,1%), ou desmotivação, isolamento, problemas de comunicação, problemas laborais, e desemprego (n=1, 3%).

Quando questionados acerca da possibilidade de serem como alguém, a sua maioria referiu que não gostaria de ser como outra pessoa (n=38, 88,4%).

Quando instigados a referir como se identificam quanto ao peso corporal, a maioria refere situar-se na categoria de Excesso de Peso (n=38, 88,4%), ao passo que os restantes consideram enquadrar-se na categoria de Peso Normal (n=5, 11,6%).

Questionados acerca da descrição do seu peso corporal, os indivíduos que compõem a amostra apontaram na sua maioria (n=38) a categoria de excesso de peso, ao passo que apenas cinco participantes se descreve como apresentando peso normal. Os dados referentes aos IMC's destes cinco participantes, colocam-nos na mesma categoria, isto é, excesso de peso.

Relativamente ao sentimento negativo associado ao peso que apresentam (Tabela 3), os participantes com Excesso de Peso (n=14), na sua maioria ou refere estar de acordo (n=6), ou completamente de acordo com tal (n=4). Dos indivíduos que apresentam Obesidade de Grau I (n=18), a maioria refere estar de acordo (n=8), ou completamente de acordo (n=6). Nos indivíduos com Obesidade de Grau II (n=9), ou Obesidade mórbida (n=2), a maior representatividade é dos que referem estar completamente de acordo com a existência de

sentimentos negativos quanto ao peso que exibem (n=6 e n=2, respetivamente). Quanto ao género, as evidências referidas confirmam-se, uma vez que tanto no género masculino (n=9), quanto no feminino (n=34), as respostas mais assinaladas foram as que se referem à existência de sentimentos negativos para com o peso que exibem (n=8 e n=27, respetivamente) (Tabela 4).

Tabela 4:  
Sentimento dos participantes devido ao peso

	Sente-se mal devido ao seu peso?			
	Estou completamente de acordo	Estou de acordo	Estou pouco de acordo	Não Sei
<b>Classificação de IMC</b>				
Excesso de Peso	4	6	2	2
Obesidade de Grau I	6	8	3	1
Obesidade de Grau II	6	3	0	0
Obesidade Mórbida	2	0	0	0
<b>Género</b>				
Masculino	4	4	1	0
Feminino	14	13	4	3

De entre os 18 sujeitos que estão completamente de acordo quando questionados acerca de se sentirem mal devido ao peso, 9 são têm idade mais jovem e os outros 9 com menos jovem, de entre os 17 que afirmam estar de acordo, 7 são indivíduos com idades compreendidas entre os 26 e os 47 e 10 com idades compreendidas entre os 49 e os 76, 4 sujeitos com idade menos jovem e 1 com idade mais jovem estão pouco de acordo quanto ao facto de se sentirem mal devido ao peso, e dos 3 participantes que afirmam não saber 2 são de idades mais jovens e um menos jovem (Figura 6).

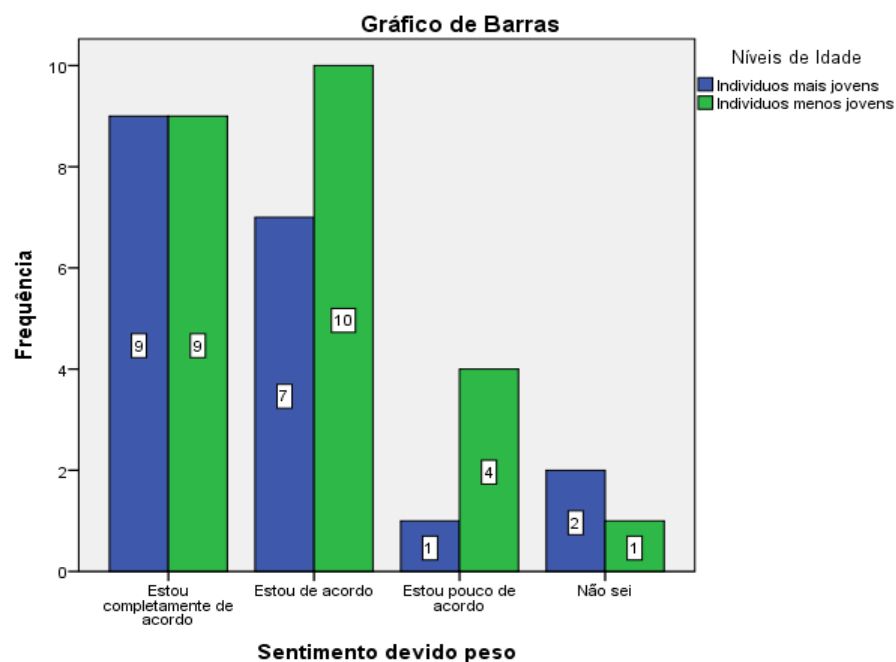


Figura 6. Sentimento devido ao peso segundo os Níveis de Idade

## 2.3. Instrumentos

A avaliação psicológica passa por identificar fatores que possam influenciar o processo terapêutico a longo prazo na manutenção da perda de peso e preparar o paciente para as alterações do seu estilo de vida (Mestre & Pais-Ribeiro, 2010).

No presente estudo foram aplicados os instrumentos que passamos de seguida a descrever.

### 2.3.1. Questionário Sociodemográfico

Este foi construído no sentido de recolher os dados sociodemográficos relativos aos participantes (género, idade, peso, altura, escolaridade, profissão, problemas significativos, descrição do peso corporal, entre outros) e avaliação da perceção e satisfação corporal (cf. Anexo A). A seleção destes itens prendeu-se com aspetos que se consideraram poder ser relevantes para o estudo.

### 2.3.2. Mini-Mult (versão reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI)

Utilizámos o Mini-Mult de forma a avaliar as características do funcionamento mental (versão Portuguesa traduzida por Lopes, 1985), sendo a versão completa do mesmo instrumento usado durante décadas em pesquisa clínica e avaliação de exames pré-operatórios psicológicos em populações obesas (Crumpton, Wine & Groot, 1966; Johnson Swenson & Gastineau, 1976; Tsushima, Bridenstine & Balfour, 2004).

Este é uma versão reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) e foi construído a partir das investigações de Comrey, que agrupou os itens do MMPI em conjuntos com coeficiente *phi* igual ou maior a 0,30. Com base nesta investigação, Kincannon seleccionou um número de itens que representaram proporcionalmente cada um dos conjuntos, com elevado índice de fidelidade (Kincannon, 1968).

É utilizado para descrever traços de personalidade específicos e considerado bastante útil pelo facto de se constituir um bom instrumento de *screening* com um tempo de aplicação necessário diminuído (Cubero & Fusté, 1986).

Contempla 71 itens distribuídos por três escalas de validade (L, F e K) e oito escalas clínicas: Hs (Hipocondria), D (Depressão), Hy (Histeria), Pd (Psicopatia), Pa (Paranoia), Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia) e Ma (Hipomania). As chaves de pontuação destas escalas têm ligeiras diferenças em comparação com a versão completa. Assim, uma vez obtida a pontuação direta nesta versão reduzida, estima-se por regressão a pontuação direta que o sujeito teria obtido na versão completa e a partir daqui são trabalhados os dados como se tivesse sido aplicada a versão completa da prova (Lopes, Barreira & Pires, 2001).

No final, a cotação de todas as escalas resulta na elaboração de um gráfico que aponta para a normalidade (T50 a T65) ou a existência de patologia (acima de T65) das dimensões acima descritas (Galhordas, 2000).

As escalas clínicas são designadas pelo número e pela descrição correspondente. Seguidamente serão apresentadas, ainda que de modo abreviado, as descrições para cada uma.

A Escala 1 (Hipocondria) mede uma preocupação com a saúde e a propensão psicossomática; a Escala 2 (Depressão) avalia os próprios sintomas cognitivos, comportamentais, emocionais e físicos da depressão. A Escala 3 (Histeria) avalia a propensão para desenvolver sintomas físicos, em reação ao stress, ao passo que a Escala 4 (Psicopatia) avalia a tendência para o conflito interpessoal, desrespeito pelas virtudes sociais e a exploração dos outros. No que concerne à Escala 6 (Paranoia), esta avalia a propensão para sentimentos de incompreensão, interpretação de ações como persecutórias e sensibilidade social, por parte do sujeito. A avaliação da propensão à obsessão, ansiedade, preocupação, ruminação e medo em resposta ao stress, é tida pela pontuação na Escala 7 (Psicastenia). A Escala 8 (Esquizofrenia) mede o teste de realidade, desapego e impassibilidade e, por fim, a Escala 9 (Hipomania) avalia a excitação, impulsividade e grandiosidade (Cunha, 2000).

O uso de tipos de código de interpretação tem sido alvo de pesquisa na prática clínica comum (Graham, 2006). Estes, são tidos através das combinações das pontuações mais elevadas obtidas nas escalas. Assim, um tipo de código de dois pontos lista a primeira maior elevação e a segunda mais alta elevação (por exemplo, o código 2-4 corresponderia a um perfil com pontuações mais elevadas nas escalas de depressão e Psicopatia).

Também poderão existir perfis constituídos por três pontos, ou seja, pelas três pontuações mais elevadas na escala do inventário.

Os perfis do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) para pacientes obesos são comparáveis aos dos não obesos em amostras médicas e clínicas (Carmo et. al, 2000).

Em Portugal, apesar da não aferição deste instrumento, é comum a sua utilização como *screening* e/ou investigação em amostras clínicas. Assim, cabe-nos a nós salientar um estudo conduzido por Rebelo, Reis e Vicente (2008) onde se efetuou a caracterização dos utentes da consulta externa de Psicologia/Obesidade do Hospital Pulido Valente (n=270) pertencentes à consulta e candidatos a cirurgia bariátrica. Neste estudo, foi avaliada a estrutura da personalidade com recurso ao Mini-Mult e o Comportamento alimentar com o EDI2. Da análise dos resultados (estatística descritiva, alfa de Cronbach e Análise de Correlação canónica) obteve-se um índice de fiabilidade para o Mini Mult de 0,86 numa amostra com um IMC médio de 47, onde os traços de personalidade com maior peso foram a Depressão, Histeria, Psicopatia, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania.

Pela falta de consensualidade na bateria de testes, critérios de exclusão de cirurgia bariátrica, periodicidade e tipo de intervenção psicoterapêutica; o Núcleo de Psicologia da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Bariátrica e o Grupo de Trabalho de Psicologia e Comportamento da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade estão a produzir, um

protocolo que, pretendem, servir de orientação para os profissionais portugueses bem como se constitua a proposta nacional para o protocolo europeu (Carmo et al. 2008).

Na consulta de Obesidade Mórbida do Hospital de Santa Maria em Lisboa, o encaminhamento para a Cirurgia Bariátrica é feito, por equipa multidisciplinar, com base em critérios médicos e psicológicos. Para tal, foi criado um protocolo de intervenção psicológica, com base na literatura internacional e dados empíricos de centros hospitalares que realizam esta avaliação há várias décadas. A intervenção do psicólogo pode esquematizar-se do seguinte modo: Pré-operatório: Avaliação Psicológica e acompanhamento visando a adesão ao tratamento (como: mudanças comportamentais, estratégia de  *coping*  alternativa à “alimentação emocional”, incremento da atividade física). Pós-operatório: despiste e intervenção nas possíveis complicações psicológicas e do âmbito psicossocial (como: perturbações do comportamento alimentar, depressão, ansiedade ou agravamento da sintomatologia psicológica prévia à intervenção). Todos os candidatos são avaliados na consulta de psicologia, em cinco sessões, onde são aplicados os seguintes instrumentos: Entrevista semi-estruturada, EDI, SCL-90 R, Mini-Mult, COPE e Rorschach (Carmo, Fagundes & Camolas, 2008).

De um modo geral, um instrumento ou teste é classificado como tendo fiabilidade adequada quando o  *alfa*  é de pelo menos 0.70. Peterson (1994) numa meta-análise da utilização do  *Alfa de Cronbach*  na literatura das ciências sociais e humanas, observou um  *alfa*  médio de 0.70 (na medição de valores) a 0.82 (na medição da satisfação com o trabalho) (referido por Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Assim, e por forma a estabelecer uma comparação efetiva entre os valores de fiabilidade, organizou-se na Tabela 5, os valores de  *Alfa de Cronbach*  para o instrumento nesta amostra com os obtidos pelos autores Rebelo et al. (2008). Estabelece-se esta comparação visto que apesar do instrumento não estar validado para a população portuguesa, foi através da pesquisa bibliográfica tida, o ponto de comparação mais efetivamente alcançado devido às características da amostra. O valor de Alpha obtido pelos autores assemelha-se, apesar da diferença ponderal no N da amostra, ao obtido através da aplicação do instrumento aos respondentes da presente investigação e como é possível de ser verificado na Tabela 5.

Tabela 5:  
**Valores de alfa e Cronbach segundo o Mini-Mult**

	Valor de Alfa de Cronbach	IMC Médio da amostra/ Classificação da OMS correspondente
Rebelo et al. (2008) N=270	,86	47 Obesidade Mórbida
N=43	,848	32,39 Obesidade de Grau 1

### 2.3.3. Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ)

O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar foi aferido para a população portuguesa em 2002 por Viana e Sinde, pelo que a versão original (*Nedernlandse Vragenlijst Voor Eetgedrag - NVVE*), data de 1986 pelos autores T. Van Strien, J. Frijters, G. Bergers e P. Defares.

Assenta nas teorias sobre obesidade e controlo do apetite, a aplicação do DEBQ tem como objetivo avaliar o comportamento alimentar classificado como “estilo alimentar”.

Assim, importa primariamente estabelecer a diferença entre comportamento e estilo alimentar. O primeiro engloba não apenas o ato de ingestão, como também o conjunto de atitudes e fatores psicossociais implícitos na seleção e decisão de quais os alimentos a ingerir, ao passo que o estilo alimentar, se refere à categorização do ou dos comportamentos alimentares de acordo com algumas dimensões psicológicas atribuídas ao estilo (Viana & Sinde, 2003a).

As dimensões avaliadas pelo DEBQ são portanto três (a restrição alimentar, a ingestão externa e a ingestão emocional e) e a sua aplicação destina-se a jovens e adultos com perturbações do comportamento alimentar como é o caso da obesidade, sendo ainda indicado para a investigação do estilo alimentar em grupos saudáveis ou grupos com comportamento alimentar atípico, em que seja comum a prática de dietas. Sendo um questionário de autoadministração, é constituído por 33 itens distribuídos pelas três escalas: a escala de Restrição inclui 10 itens, a de Ingestão Externa 10 itens e a de Ingestão Emocional 13. O formato de resposta dos itens é dado numa escala tipo lickert de 5 pontos. O item 21 é cotado de forma inversa (Viana & Sinde, 2003).

A estrutura fatorial da versão original foi obtida através de uma amostra de 657 sujeitos e a sua validação externa envolveu o recurso a grupos clínicos de sujeitos com obesidade, anorexia e bulimia (Viana & Sinde, 2003a).

A adaptação inglesa, por Wardle (1987) do recente instrumento foi alvo de uma investigação que confirmou a sua validade, desta vez, relativamente a uma população saudável e a subgrupos com perturbações do comportamento alimentar.

Em Portugal a sua validação decorreu no ano de 2001 por Viana e Sinde, pela tradução e adaptação da versão inglesa numa amostra de 191 sujeitos (114 do sexo feminino e 77 do sexo masculino) com idade compreendidas entre os 18 e os 52 anos (D.P. =8.80). Para além das respostas aos itens do questionário foram recolhidos o peso e a altura de todos os sujeitos, com o intuito de calcular posteriormente o IMC (Viana & Sinde, 2003a).

Num primeiro passo os investigadores averiguaram:

1. A análise fatorial de modo a ser verificada a validade de constructo;
2. A análise da fiabilidade, através da análise da consistência interna das escalas, e;
3. Relação entre os resultados obtidos em cada uma das três escalas com a distribuição do IMC.

Os resultados inteiram-nos que:

1. A validade de constructo (avaliada através da análise fatorial pelo procedimento dos eixos principais e com rotação varimax) se aproximava dos resultados apresentados pelos autores;
2. A validade externa (avaliada através da associação entre os resultados de IMC e as três escalas de estilo alimentar) realçou a associação entre a importância da restrição alimentar como determinante do peso e do estado de nutrição;
3. Os valores de Alpha de Cronbach para cada uma das três escalas foram de: 0,94 na Escala de Ingestão Emocional, 0,92 na Escala de Restrição e de 0,81, na escala de Ingestão Externa.

Verificaram ainda que os resultados médios obtidos se aproximaram das normas originais e dos resultados obtidos na versão inglesa (Wardle, 1987). Testadas as diferenças destes resultados em função dos sexos, verifica-se que são estatisticamente significativas as diferenças nos valores da escala de restrição ( $t= 3,1$ ;  $p<0.01$ ) e na escala de ingestão emocional ( $T = 4,5$ ;  $p< 0.001$ ). Os autores responsáveis pela adaptação portuguesa, calcularam também os índices de correlação entre os valores obtidos nas três escalas, no total da amostra e separadamente para os dois sexos. Verificaram que a restrição alimentar se correlaciona positivamente com a ingestão emocional no total da amostra ( $r=0.30$ ;  $p<0.001$ ), e de modo menos expressivo nos grupos feminino ( $r=0,23$ ;  $p<0.05$ ) e masculino ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ). A ingestão emocional correlacionou-se positivamente com a ingestão externa no total da amostra ( $r=0,40$ ;  $p<0,001$ ), no grupo feminino ( $r=0,46$ ;  $p<0,001$ ) e no grupo masculino ( $r=0,37$ ;  $p<0,001$ ). Não se correlacionando significativamente, a restrição e a ingestão externa em qualquer dos grupos (Viana & Sinde, 2003a).

Comparando os valores de *Alfa de Cronbach* por “Estilo Alimentar obtidos nesta investigação com os valores dos autores das escalas Viana e Sinde (2003) (Tabela 6), estes indicam que os valores de Alpha de Cronbach para cada uma das três escalas por Viana & Sinde (2003) foram de 0,92 na Escala de Restrição, 0,81, na escala de Ingestão Externa e 0,94 na Escala de Ingestão Emocional, ao passo que os obtidos com esta população foram de 0,797, 0,873 e 0,933, respetivamente, o que nos permite verificar que a fiabilidade dos itens corresponde a um grau moderado a elevado.

Tabela 6:  
**Valores de Alpha de Cronbach segundo o estilo alimentar**

	Viana & Sinde (2003) (N=191)	N=43	Número de itens por Subescala
Alfa de Cronbach Estilo Alimentar Restritivo	0,92	,797	10
Alfa de Cronbach Estilo Alimentar Externo	0,81	0,873	10
Alfa de Cronbach Estilo Alimentar Emocional	0,94	0,933	13

#### 2.3.4. Escala de Autoeficácia Geral Percebida (General Perceived Self - Efficacy Scale - GSE)

A Escala de Autoeficácia Geral Percebida (*General Perceived Self - Efficacy Scale*) é de autoria de Schwarzer e Jerusalém (1995), tendo sido aferida para a população portuguesa em 1999 por Coimbra e Fointane, com uma estrutura semelhante à original.

A sua aplicação destina-se a adolescentes, jovens e adultos, pretendendo, portanto, e com base no constructo de Autoeficácia de Bandura, avaliar a percepção de autoeficácia geral percebida assumindo que este constructo é um constructo universal e que se aplica a diferentes culturas, podendo por isso, ser medida por investigadores em diferentes línguas. É unidimensional e inclui 10 itens com quatro possibilidades de resposta tipo lickert (de 1 a 4) cujo score total pode variar entre 10 e 40 (Luszczynska et al. 2005).

Cada item refere-se ao *coping* positivo e implica uma estabilidade interna no atributo de sucesso. A GSE apresenta um constructo operativo, visto ser relatado em diferentes acontecimentos e na prática clínica (Coimbra & Fontaine, 1999).

As suas características psicométricas avaliadas em 23 países onde foi aplicada, revelaram uma consistência interna medida pelo alfa de *Cronbach* que variou entre 0.76 e 0.90. A validade de critério é documentada por vários estudos com coeficientes de correlação positivos relativamente a emoções positivas, otimismo e satisfação laboral. No que se refere a depressão, ansiedade, stress, burnout e doenças, apresenta coeficientes de correlação negativos. A GSE é uma escala unidimensional. Pode ser usada como preditor de adaptação a mudanças de vida e como indicador da performance motivacional em qualquer momento, como o comprovam os múltiplos estudos ao longo de duas décadas (Schwarzer, 2009).

Tivemos acesso à tradução portuguesa da GSE por Nunes, Schwarzer e Jerusalem (1999) e a uma versão portuguesa desenvolvida por Coimbra e Fontaine (1999). Estas autoras realizaram o seu estudo com adolescentes portugueses, em que compararam os diferentes contextos de vida como determinantes ou não de diferentes crenças de autoeficácia. Os resultados apresentaram uma consistência interna medida de 0.77 (*alfa de Cronbach*) e uma estrutura unifatorial. Apesar das boas características psicométricas desta escala, as autoras sugeriram a realização de estudos longitudinais e de correlação com constructos psicológicos e outros fatores (Coimbra & Fontaine, 1999).

Através do estudo da fidelidade, pelo cálculo do Alfa de Cronbach, o valor da estimativa da consistência interna da escala GSE, foi portanto de 0,854 não destoando das características psicométricas da escala avaliadas em 23 países onde revelaram uma consistência interna medida que variou entre 0.76 e 0.90. O valor de 0,854 permite-nos enquadrar este instrumento a um nível de fiabilidade moderada a elevada.

### **2.3.5. Escala de Silhuetas (desenvolvida por Stunkard, Sorensen e Schulsinger, 1983)**

A escala de silhueta foi previamente validada por Stunkard et al. (1983), num estudo sobre imagem corporal em indivíduos de diversas etnias (referido por Evaristo, 2010).

Constitui um instrumento bastante eficaz para avaliar o grau de insatisfação com o peso e as dimensões corporais na avaliação da componente perceptiva da imagem corporal, contribuindo também para o estudo da imagem real e da imagem ideal, especialmente entre pessoas portadoras de dificuldade no controlo de peso e comportamento alimentar (Madrigal et al. 1999).

O método da silhueta corporal é de fácil e rápida aplicação, simples e tem mostrado boa fidedignidade e reprodutibilidade, sendo bastante utilizado nos últimos anos, incluso em estudos populacionais (Madrigal et al. 2000).

As escalas de silhuetas existentes, tanto para adultos quanto para crianças, variam quanto ao número de figuras, forma das silhuetas desenhadas e forma de apresentação das escalas. A metodologia aplicada também varia, desde as características da amostra, os procedimentos e tratamento dos dados, até à análise e consequente interpretação (Wertheim, Paxton & Tilgner, 2004).

Para além dos trabalhos já citados, têm sido conduzidos estudos que atestam a validade preditiva desta escala na avaliação da imagem corporal, em diferentes contextos, sendo crescente o interesse pela pesquisa dos fatores ambientais implicados nesta temática (Stunkard, 2000). Contudo, e apesar de reconhecida a importância da devida adaptação de quaisquer instrumentos de avaliação psicológica ao contexto sócio cultural no âmbito de sua aplicação (Kakeshita, Silva, Zanatta & Almeida, 2009), ressalta-se o fato de não existirem em Portugal instrumentos próprios ou metodologia testada para a avaliação da imagem corporal de adultos com base na aplicação desta escala.

Na nossa investigação, foi utilizada com o intuito de descrever a satisfação da imagem corporal nos sujeitos da amostra clínica e relacionar com idade, género, atividade física, IMC, estilo alimentar, estatuto socioeconómico e profissão.

Assim, a análise da imagem corporal dos sujeitos da amostra foi realizada utilizando-se a Escala de Silhuetas de Stunkard et al. (1983) presente no questionário sociodemográfico, com a sequência de nove silhuetas corporais, cada uma com um número correspondente e organizadas em tamanho crescente da esquerda para direita, desde um corpo muito magro, número um, até à maior silhueta, que corresponderia ao número nove. O sujeito deveria escolher os números de um a nove, segundo duas questões: aquela que mais se assemelhasse com o seu corpo (figura real) e a figura com que gostaria de se parecer (figura ideal). Como forma de comparação com outra questão do questionário foram, além de tipificadas as respostas em satisfação/insatisfação corporal, calculado o grau da insatisfação de cada sujeito. Desta forma, o grau de satisfação com a silhueta corporal foi obtido pela subtração entre silhueta corporal desejada (silhueta que a pessoa gostaria de possuir) e silhueta

corporal atual. Este grau de satisfação corporal demonstra a magnitude da insatisfação com a silhueta corporal; desta forma, para a caracterização da insatisfação corporal, foram considerados: a) insatisfeitos - indivíduos com grau de satisfação corporal  $>$  ou  $<$  0 e b) satisfeitos - indivíduos com grau de satisfação corporal =0.

## 2.4. Procedimento

Para a realização do presente estudo, foi solicitada a autorização do Professor Doutor Themudo Barata, responsável médico do Programa PESO (Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade) emergente na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa; que depois de fornecida, presencialmente, informação acerca dos contornos da investigação autorizou o início da recolha.

O Programa PESO (Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade) é um programa de controlo do peso e promoção do exercício desenvolvido por especialistas em exercício, nutrição e psicologia da Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa, onde o Dr. Themudo é também diretor técnico. É um programa que visa fomentar a autonomia dos participantes e a modificação permanente dos seus hábitos e estilos de vida, sem o recurso a medicamentos. O Programa assenta num conjunto alargado de projetos de investigação científica, não acarretando quaisquer custos financeiros para os participantes do mesmo nem tão pouco contempla fins comerciais.

É composto por um conjunto de 10 sessões de 90 minutos, com horário pós-laboral (17h30 - 19h00) e de frequência semanal (Quartas-feiras). As sessões abordam temas como a motivação para a atividade física, melhores opções para a adoção do exercício, o fracionamento alimentar, a redução de calorias na alimentação, a leitura e interpretação de rótulos, a alimentação emocional, a imagem corporal, como usar um pedómetro, como aumentar a marcha no dia-a-dia, como monitorizar o progresso, as recaídas alimentares, entre outros.

Os participantes do Programa de Controlo de Peso foram informados acerca de quais os objetivos da investigação. Para tal, a recolha junto dos participantes somente teve lugar depois destes compreenderem os objetivos do estudo e de ser obtido o consentimento informado por escrito. Este documento foi tido em duplicado, por forma a uma das folhas, onde constavam os objetivos e assinada pelo investigador e pelo participante, ficar para o participante e outra para o investigador.

Como já foi dito anteriormente, participaram 43 sujeitos, entre os dois programas que decorreram deste Outubro de 2011 até ao findar do mês de Maio de 2012.

Para a aplicação dos questionários, foi impreterível a presença semanal no Centro Hospitalar Cova da Beira na Covilhã, no período de Novembro de 2011 a Março de 2012.

O modo de preenchimento dos questionários foi verbalmente explicado a todos os participantes, que se prontificaram a participar na investigação, estando o investigador

presente para o esclarecimento de qualquer dúvida que emergisse aquando o preenchimento do mesmo.

Assim, depois de transmitido o carácter voluntário e anónimo da participação e da confidencialidade da informação recolhida de cada um dos participantes, estes foram submetidos a métodos de recolha de dados por parte do investigador dos seguintes instrumentos e pela ordem em que serão apresentados:

- Preenchimento do Questionário Sociodemográfico (onde entre outras questões se englobavam o IMC e a Escala de Silhuetas de Stunkard et al., 1983);
- Questionário do Comportamento Alimentar (DEBQ);
- Escala de Autoeficácia Geral Percebida (GSE) e, por último,
- Mini - Mult (versão reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI).

O início da administração foi realizado em grupos e momentos diferentes do Programa de Controlo de Peso. Ou seja, depois de obtida autorização por parte do Dr. Themudo Barata iniciou-se a recolha no primeiro grupo a 23 de Novembro de 2011, onde 18 dos 20 participantes participaram no estudo. No segundo, iniciou-se a recolha a 15 de Fevereiro de 2012, onde 25 participantes aderiram ao estudo. O número de participantes que comparece nas primeiras sessões de cada programa é bastante díspar do número que persiste até à sessão final. Neste segundo programa, torna-se difícil apontar qual o número de participantes finais, a informação fornecida é que este conta com a assiduidade semanal entre 16 a 26 sujeitos.

De salientar ainda que no primeiro momento de aplicação, junto de dois dos participantes do grupo, os instrumentos foram aplicados com o intuito de perceber se as questões eram legíveis e percebidas por estes ou se seria necessário adaptar a linguagem presente no mesmo. Tal não se verificou, e apesar do administrador estar sempre presente no momento do preenchimento, foi pouco solicitada a sua ajuda no preenchimento dos mesmos. Na prática, o maior cuidado residia no momento de recolha ao certificar se todos os campos dos questionários estavam ou não preenchidos.

Recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (versão 20.0 para o Windows) para a realização da análise estatística.

## Capítulo III. Resultados

Neste capítulo, os resultados serão apresentados em função das hipóteses operacionalizadas e por conseguinte das quatro principais variáveis em estudo: Funcionamento Psicológico, Comportamento Alimentar, Autoeficácia Geral Percebida e Imagem e satisfação Corporal.

### 3.1. Aspectos psicológicos, comportamento alimentar, autoeficácia e satisfação corporal

#### 3.1.1. Variáveis personalísticas e de funcionamento psicológico

Como foi descrito anteriormente, para a avaliação de variáveis personalísticas usamos o Mini-mult, que contempla as seguintes escalas: Hipocondria (Escala 1), Depressão (Escala 2), Histeria (Escala 3), Psicopatia (Escala 4), Paranoia (Escala 6), Psicastenia (Escala 7), Esquizofrenia (Escala 8) e, por fim, Hipomania (Escala 9).

Começando por descrever as estatísticas de tendência central, visíveis na Tabela 7, e relativamente à “Escala de Hipocondria”, é possível verificar que a média e mediana das pontuações nesta escala assumem o valor de 48,79 e 47, respetivamente. No que concerne às estatísticas de variabilidade, é possível referir que a variância é de 105,693, assumindo o valor de 10,291 para o desvio padrão.

Na segunda escala deste instrumento, “Escala de Depressão”, as pontuações dos participantes assumem uma média de 59,40 e mediana de 59. Como estatísticas de variabilidade apresenta-se o valor de 9,477 como desvio padrão e de 89,816 como variância.

As pontuações na “Escala de Histeria” atingem uma média de 57,98 e mediana de 59. Os valores de 9,927 e 98,547 correspondem às estatísticas de variabilidade, desvio padrão e variância respetivamente.

Na “Escala de Psicopatia, a média das pontuações corresponde ao valor 53 e a mediana a 51. Nesta escala, as estatísticas de variabilidade assumem valores de 10,786 (DP) e de 116,333 (variância).

Na sexta escala do instrumento, “Escala de Paranoia”, as pontuações da média e mediana assumem valores superiores ( $M=64,23$ ,  $Md=67$ ). No que concerne às estatísticas de variabilidade nesta escala, o valor do desvio padrão assume o valor de 15,250 e o da variância de 232,564.

As pontuações mais baixas de entre todas as escalas do instrumento, e em termos de média e mediana, correspondem à “Escala Psicastenia” ( $M=28,91$ ;  $Md=28$ ). Como é possível verificar, também na Tabela 7, as estatísticas de variabilidade assumem valores de 16,778 (DP) e de 281,515 (variância) para esta escala.

Relativamente à oitava escala, “Escala Esquizofrenia”, as pontuações dos participantes assumem uma média de 48,86 e mediana de 50. Como estatísticas de variabilidade apresenta-se o valor de 18,649 como desvio padrão e de 347,790 como variância.

Por fim, na nona e última escala, “Escala Hipomania”, as pontuações dos respondentes assumem uma média de 46,95 e mediana de 50. Como estatísticas de variabilidade apresenta-se o valor de 15,736 como desvio padrão e de 247,617 como variância.

**Tabela 7:**  
**Estatística Descritiva do Mini-Mult por Subescala**

	Hipocondria	Depressão	Histeria	Psicopatia	Paranoia	Psicastenia	Esquizofrenia	Hipomania	
N	43	43	43	43	43	43	43	43	
Média	48,79	59,40	57,98	53,00	64,23	28,91	48,86	46,95	
Mediana	47,00	59,00	59,00	51,00	67,00	28,00	50,00	50,00	
Moda	44 <sup>a</sup>	59	62	51	72	22 <sup>a</sup>	29 <sup>a</sup>	54	
Desvio Padrão	10,291	9,477	9,927	10,786	15,250	16,778	18,649	15,736	
Variância	105,693	89,816	98,547	116,333	232,564	281,515	347,790	247,617	
Mínimo	29	36	26	31	3	0	0	0	
Máximo	76	81	77	73	89	69	86	77	
Percentis	25	43,00	53,00	54,00	46,00	53,00	19,00	31,00	32,00
	50	47,00	59,00	59,00	51,00	67,00	28,00	50,00	50,00
	75	55,00	66,00	62,00	62,00	72,00	40,00	64,00	54,00

a. Dado a existência de múltiplos valores de moda, o menos valor é mostrado

De relembrar que segundo os autores, a cotação de todas as escalas resulta em considerar as pontuações para a normalidade, com scores entre 50 a 65, ou a existência de patologia, scores acima de T65, das dimensões acima descritas. Assim, e adotando uma análise sucessiva das escalas do instrumento, é possível através dos valores dos percentis verificar que:

- Ao nível da Escala de Hipocondria, com uma pontuação máxima correspondente a 76, o percentil 25 mostra que 25% dos indivíduos têm uma pontuação de 43 ou inferior, o percentil 50 corresponde à mediana (47) e segundo o percentil 75, 75% dos participantes nesta escala têm uma pontuação igual ou inferior a 55;

- No que concerne à escala de Depressão, a pontuação máxima corresponde ao valor 81, o percentil 25 mostra que 25% dos indivíduos têm uma pontuação igual ou inferior a 53, o percentil 59 corresponde à mediana (59) e, o percentil 75 indica que 75% dos sujeitos têm uma pontuação igual ou inferior a 66;

- Na Escala Histeria, a pontuação máxima corresponde ao valor 77, o percentil 25 mostra que 25% dos indivíduos têm uma pontuação igual ou inferior a 54, o percentil 50 corresponde à mediana (59) e, o percentil 75 indica que 75% dos sujeitos têm uma pontuação igual ou inferior a 62;

- Na Escala 4, a pontuação máxima atinge o valor 73, o percentil 25 indica que 25% dos indivíduos pontuam de modo equiparado ou inferior a 46, a mediana corresponde à pontuação 51 e, o percentil 75 indica que 75% dos sujeitos têm uma pontuação igual ou inferior a 62;

- É a Escala 6, Paranoia, que assume pontuações mais elevadas. Nesta, a mediana atinge o valor de 67 e o percentil 25 aponta para a existência de 25% dos respondentes como tendo uma pontuação igual ou inferior a 53. Por sua vez, o percentil 75 assinala que 75% dos sujeitos da amostra pontuam nesta escala com um valor igual ou inferior a 72, pontuação excedente ao ponto de corte equivalente à existência de psicopatologia em 7 pontos;

- Na Escala Psicastenia, o valor máximo assumido é 69. O percentil 25 indica que 25% dos indivíduos pontuam de modo igual ou inferior a 19 e 75% pontuam de modo igual ou inferior a 40. (Percentil 75);

- Na oitava Escala, a pontuação máxima alcança o valor 86. Nesta, a mediana corresponde à pontuação 50, o percentil 25 aponta para a existência de 25% dos respondentes como tendo uma pontuação igual ou inferior a 31 e o percentil 75 ressalta a existência de 75% dos sujeitos como tendo uma pontuação igual ou inferior a 64.

- Por último, na Escala de Hipomania, a pontuação máxima de entre os sujeitos alcança o valor de 77, a mediana corresponde à pontuação 50, o percentil 25 aponta para a existência de 25% dos participantes com uma pontuação igual ou inferior a 32 nesta escala, indicando, por sua vez, o percentil 75 para a existência de 75% dos participantes como tendo alcançado uma pontuação igual ou inferior a 54.

Contabilizando os sujeitos que pontuam a um nível patológico em cada escala (Figura 7), verificamos que é na Escala de Psicastenia e Hipocondria que se encontra a menor percentagem de sujeitos com pontuações iguais ou superiores a 65 (2,33%), ao passo que a maior percentagem de sujeitos com pontuações iguais ou superiores a 65 se encontra na Escala de Paranoia e Depressão (55,81%; 27,91%).

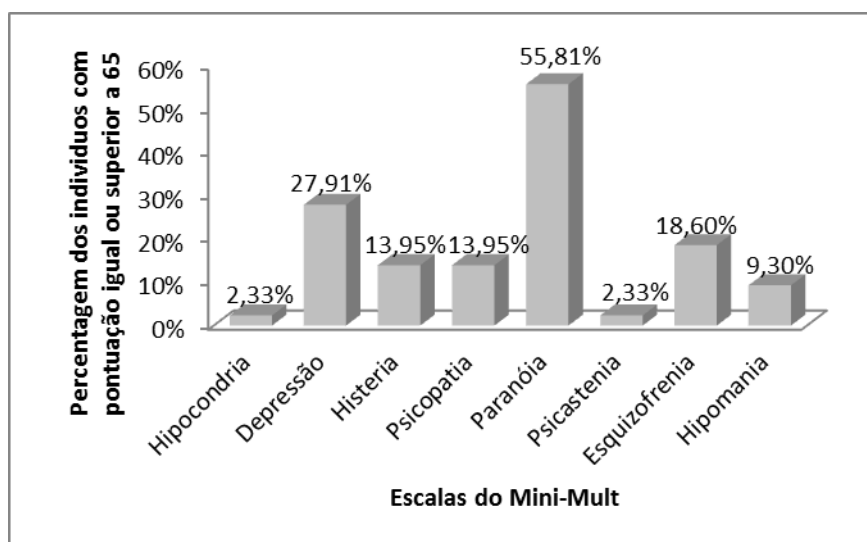


Figura 7. Percentagem de Indivíduos com Pontuações na Escalas do Mini-Mult ao nível Psicopatológico

De seguida, encontraremos uma tabela (Tabela 8) com as medidas de estatística descritiva principais e em relação aos dois grupos de idade da amostra: “Indivíduos menos Jovens” (N=24) e “Indivíduos mais Jovens” (N=19). Assim, equiparando as médias das pontuações para cada Escala do Mini-Mult, estas assumem valores superiores para os “Indivíduos menos Jovens” nas Escalas Hipocondria(1), Depressão(2), Histeria (3), Paranoia (6) e 9 (Hipomania) ao passo que as médias no grupo “Indivíduos mais Jovens” encontram-se mais elevadas nas Escalas Psicopatia (4), Psicastenia (7) e Esquizofrenia (8).

Tabela 8:

**Estatística Descritiva das pontuações nas Escalas do Mini-Mult segundo os níveis de Idade**

	Escalas do Mini-Mult								Estatística
	1	2	3	4	6	7	8	9	
Indivíduos menos Jovens (N=24)	52,71 53	61,08 59	60,88 61	52,67 51	65,29 72	28,75 30	48,50 50	47,13 51,50	Média Mediana
	82,38 9,077	72,775 8,531	61,853 7,865	119,44 10,929	283,43 16,835	204,89 14,314	388,17 19,702	321,94 17,943	Variância Desvio Padrão
	35 76	48 77	50 77	37 73	3 89	0 53	0 86	0 77	Mínimo Máximo
Indivíduos mais Jovens (N=19)	43,84 44	57,26 58	54,32 59	53,42 53	62,89 58	29,11 28	49,32 50	46,74 50	Média Mediana
	95,02 9,748	107,98 10,381	125,56 11,205	118,48 10,885	177,09 13,308	394,98 19,874	315,11 17,752	166,31 12,896	Variância Desvio Padrão
	29 64	36 81	26 66	31 72	44 86	0 69	16 82	24 72	Mínimo Máximo

### 3.1.2. Estilo Alimentar: Restritivo, Externo e Emocional

Como se pode ver na Tabela 9, e falando das estatísticas de tendência central, é possível verificar que a média das pontuações no “Estilo Alimentar Restritivo”, “Externo” e “Emocional” é de, 27,42; 25,14 e 32,33, respetivamente. No que toca à mediana esta assume para o “Estilo Alimentar Restritivo” um valor correspondente a 27, para o “Estilo alimentar Externo” de 24 e para o “Estilo Alimentar Emocional” 33.

De entre as estatísticas de variabilidade é possível referir que o desvio padrão é de 6,044, 6,413 e 10,444, para as variáveis referidas acima e pela ordem que tem sido seguida e como valores correspondentes à variância: 36,535, 41,123 e 109,082.

Tabela 9:  
**Estadística Descritiva do DEBQ por Subescala de Estilo Alimentar**

	Estilo Alimentar Restritivo	Estilo Alimentar Externo	Estilo Alimentar Emocional
N	43	43	43
Média	27,42	25,14	32,33
Mediana	27,00	24,00	33,00
Moda	26	20 <sup>a</sup>	26 <sup>a</sup>
Desvio Padrão	6,044	6,413	10,444
Variância	36,535	41,123	109,082
Mínimo	11	16	13
Máximo	42	42	57
Percentis	25	23,00	20,00
	50	27,00	24,00
	75	31,00	30,00

a. Dado a existência de múltiplos valores de moda, o menor valor é mostrado

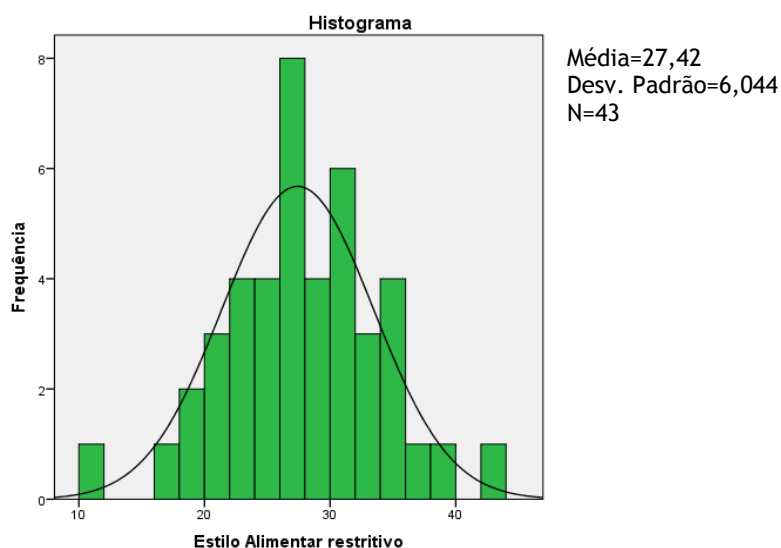


Figura 8. Distribuição dos resultados dos 43 sujeitos segundo o Estilo Alimentar Restritivo

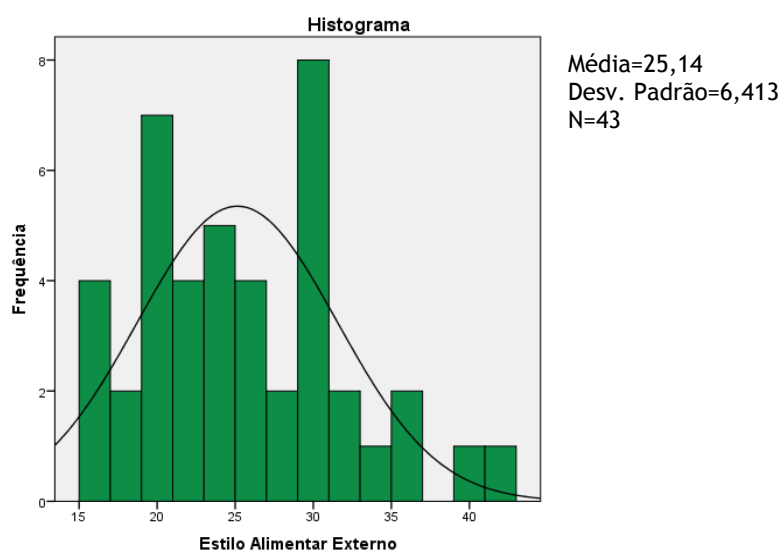
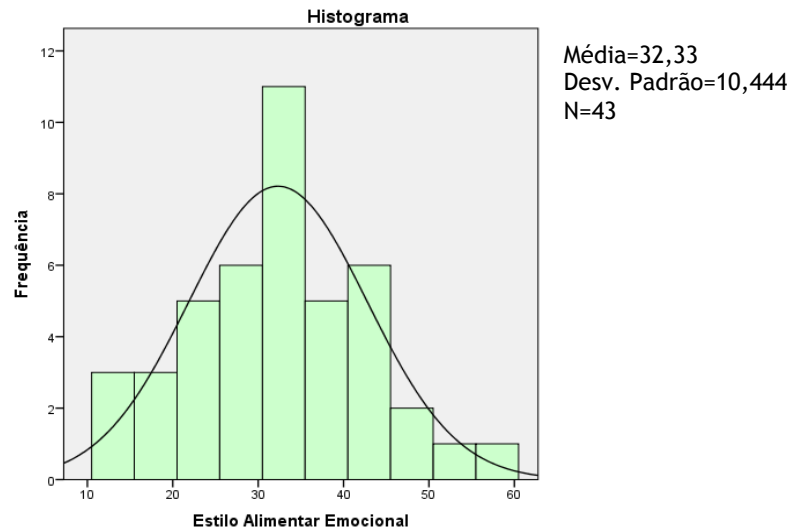


Figura 9. Distribuição dos resultados dos 43 sujeitos segundo o Estilo Alimentar Externo



**Figura 10. Distribuição dos resultados dos 43 sujeitos segundo o Estilo Alimentar Emocional**

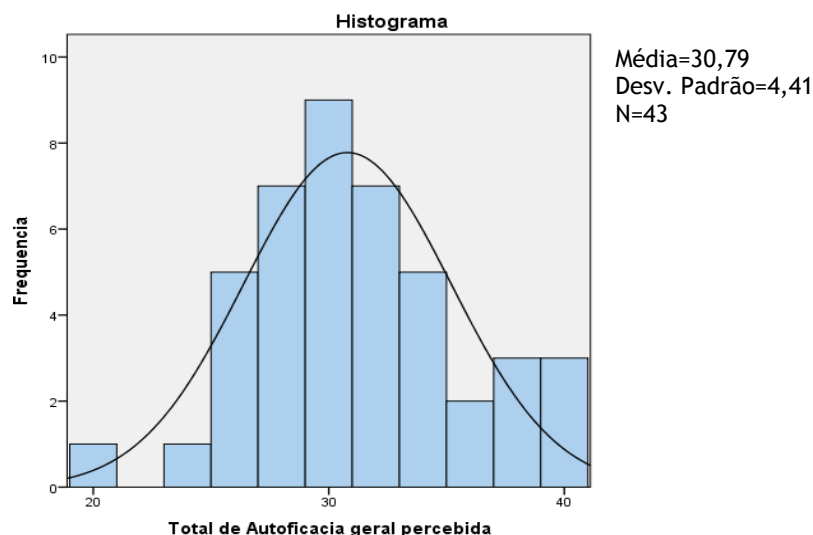
Salientam-se as pontuações médias para o “Estilo Alimentar” (Tabela 10) quer para o grupo de “Indivíduos menos Jovens” ( $M=31,83$ ) quer para o grupo de “Indivíduos mais Jovens” ( $M=32,95$ ).

**Tabela 10: Estatística Descritiva do DEBQ por Subescala de Estilo Alimentar segundo os níveis de Idade**

	<b>Escalas do DEBQ</b>			<b>Estatística</b>
	<b>Estilo Alimentar restritivo</b>	<b>Estilo Alimentar Externo</b>	<b>Estilo Alimentar Emocional</b>	
<b>Indivíduos menos Jovens (N=24)</b>	27,29	24,13	31,83	Média
	26	23	33	Mediana
	36,563	34,984	107,101	Variância
	6,047	5,915	10,349	Desvio Padrão
	17	16	13	Mínimo
	42	39	52	Máximo
<b>Indivíduos mais Jovens (N=19)</b>	27,58	26,42	32,95	Média
	28	26	33	Mediana
	38,480	48,146	116,942	Variância
	6,203	6,939	10,814	Desvio Padrão
	11	16	15	Mínimo
	36	42	57	Máximo

### 3.1.3. Autoeficácia

Da análise descritiva dos resultados da GSE é possível verificar que os valores da média, moda e mediana são semelhantes, indicando algumas características de simetria desta distribuição (Figura 8).



**Figura 11. Distribuição dos resultados dos 43 sujeitos segundo a GSE**

A distribuição da pontuação na escala GSE para esta população variou entre 20 e 40. A média de 30,79 permite dizer que esta escala é sensível para detetar diferenças nos scores mais baixos do que nos elevados, corroborando nesta interpretação o facto de nesta amostra se encontrar no percentil 50 a média de respostas de 30 pontos (Tabela 9).

Por não existir um ponto de corte da pontuação, não é possível classificar os sujeitos como tendo baixa ou alta eficácia. Contudo sabe-se que quanto mais elevadas forem as pontuações maior serão os níveis de autoeficácia dos sujeitos. Segundo Ralf Schwarzer (2009) pode ser usado um valor de ponto de corte de 30 quando a média do score encontrado na amostra seja igual ou próximo desse valor. Tendo em conta que a pontuação média da população deste estudo é de 30,79 podemos dizer que os participantes com valores acima de 30, apresentam melhor eficácia do que aqueles que obtiveram uma pontuação inferior a tal. Assim, apenas 25% dos sujeitos se encontram abaixo deste valor e por isso com mais baixa autoeficácia.

**Tabela 11:  
Estatística Descritiva da GSE**

		N = 43
Média		30,79
Mediana		30
Moda		30
Desvio Padrão		4,411
Variância		19,455
Mínimo		20
Máximo		40
Percentis	25	28
	50	30
	75	33

Ainda que com uma diferença não preponderante (Tabela 12), a média da Autoeficácia Geral Percebida é superior no grupo de “Indivíduos menos Jovens” (M=30,92), do que no grupo de “Indivíduos mais Jovens” (M=30,63).

Tabela 12:  
Estatística Descritiva da GSE segundo os níveis de Idade

	Autoeficácia Geral Percebida	Estatística
<b>Indivíduos menos Jovens (N=24)</b>	30,92	Média
	30	Mediana
	24,601	Variância
	4,960	Desvio Padrão
	20	Mínimo
	40	Máximo
<b>Indivíduos mais Jovens (N=19)</b>	30,63	Média
	31	Mediana
	13,912	Variância
	3,730	Desvio Padrão
	25	Mínimo
	40	Máximo

### 3.1.4. Imagem e Satisfação Corporal

Inicialmente, o intuito da utilização destes conceitos passaria por relacioná-los com outras características da amostra, nomeadamente, verificar a relação entre satisfação corporal e Idade, Género, Atividade Física, IMC, Estilo Alimentar, Estatuto Socioeconómico e Profissão. Contudo, verificou-se que todos os indivíduos se encontram insatisfeitos com a imagem corporal (Figura 12), apontando como silhueta ideal uma mais fina do que aquela que consideravam corresponder à imagem atual.

Para além de classificar os sujeitos em “Satisfeitos” ou “Insatisfeitos” com a Imagem Corporal, através da diferença entre o número atribuído pelo sujeito à silhueta corporal ideal e a silhueta real, calculou-se também a magnitude dessa mesma Insatisfação Corporal - Grau de Insatisfação. Tal acaba por ser bastante relevante, sobretudo porque todos os sujeitos se encontram insatisfeitos, permitindo-nos diferenciar essa insatisfação.

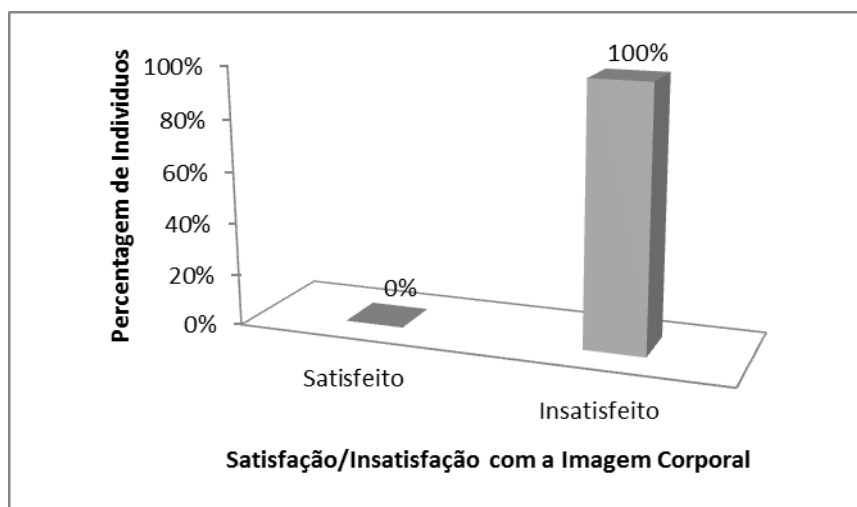


Figura 12. Percentagem de Indivíduos que estão Satisfeitos/Insatisfeitos com a imagem Corporal

Assim, foram 10 os sujeitos cuja diferença entre a silhueta apontada como real diferia da apontada como Ideal em 1 ponto, 19 os sujeitos onde esta diferença assumia 2 pontos, 3 com uma diferença de 4 pontos e um com uma diferença de 5 pontos (Figura 13).



Figura 13. Gráfico de Frequências segundo o Grau de Insatisfação Corporal

Apesar da diferença das médias não ser relevante, são os “Indivíduos mais Jovens” ( $M=2,26$ ) que têm um Grau de Insatisfação Médio maior em comparação com os “Indivíduos menos Jovens” ( $M=2,17$ ) (Tabela 13).

Tabela 13:  
Estatística Descritiva do Grau de Insatisfação corporal segundo os níveis de Idade

	Grau de Insatisfação Corporal	Estatística
Indivíduos menos Jovens (N=24)	2,17	Média
	2	Mediana
	1,275	Variância
	1,129	Desvio Padrão
	1	Mínimo
	5	Máximo
Indivíduos mais Jovens (N=19)	2,26	Média
	2	Mediana
	0,538	Variância
	0,733	Desvio Padrão
	1	Mínimo
	4	Máximo

É certo que que o número de indivíduos por cada intervalo de IMC não é de todo uniforme, contudo, verifica-se que através das pontuações médias do grau de Insatisfação, a mais elevada corresponde ao nível de Obesidade Mórbida e a menor ao nível de Excesso de Peso (Tabela 14).

Tabela 14:

**Pontuações médias do Grau de Insatisfação Corporal por classificação de IMC**

Classificação de IMC	Grau de Insatisfação Corporal	Estatística
Excesso de Peso (N= 14)	1,71	Média
	2	Mediana
	0,374	Variância
	0,611	Desvio Padrão
	1	Mínimo
	3	Máximo
Obesidade de Grau 1 (N=19)	2,28	Média
	2	Mediana
	1,271	Variância
	1,127	Desvio Padrão
	1	Mínimo
	5	Máximo
Obesidade de Grau 2 (N=9)	2,67	Média
	2	Mediana
	0,750	Variância
	0,866	Desvio Padrão
	2	Mínimo
	4	Máximo

\* Grau de Insatisfação corporal é constante para Obesidade mórbida. Foi omitido.

## 3.2. Relação entre variáveis

À semelhança do sucedido no ponto anterior, Estudo Descritivo dos resultados das Escalas, também neste a testagem das Hipóteses será apresentada consoante a variável principal a que estão associadas. Assim, a verificação das associações efetivas ou não destas será apresentada segundo a seguinte ordem: Funcionamento Psicológico (Mini-Mult), Autoeficácia Geral Percebida (GSE), Estilo Alimentar (DEBQ) e Imagem e satisfação/insatisfação corporal (Escala de Silhuetas).

### 3.2.1. Funcionamento Psicológico

Relativamente à primeira hipótese, Existência de associação significativa entre a classificação de IMC segundo a Organização Mundial de Saúde e Perturbação Borderline, optamos pelo Teste de Kruskal-Wallis, alternativa não paramétrica à ANOVA quando não se encontram reunidas as condições para amostras de um teste paramétrico, uma vez que permite detetar diferenças entre três ou mais situações, quando se consideram sujeitos diferentes.

Este teste é sempre bilateral, dado que permite somente verificar se existem ou não diferenças significativas entre os grupos face à variável envolvida, não permitindo verificar

quais os grupos que diferem entre si. Quanto à hipótese nula, esta será: Os níveis da classificação de IMC segundo a OMS são idênticos para os três intervalos da Perturbação Borderline, definindo-se a hipótese alternativa como: a classificação de IMC difere consoante os sujeitos têm perturbação Borderline, têm elevada probabilidade de Perturbação ou não têm elevada probabilidade de perturbação.

Verificamos que existem dois sujeitos com Perturbação Borderline, 8 com Elevada Probabilidade de Perturbação e 33 sujeitos Sem elevada Probabilidade de Perturbação. A reduzida dimensão da amostra, com a conseqüente não normalidade da distribuição dos dados, justifica a realização de um teste não paramétrico. A nível descritivo, a ordenação média relativa aos indivíduos Sem Elevada probabilidade de Perturbação é mais elevada, o que indica maiores níveis de IMC, uma vez que ordens médias superiores da variável implicam valores absolutos da variável superiores. Contudo, há que ressaltar que para os três níveis de perturbação o N de sujeitos se distribui de modo bastante desigual. O valor do nível de significância exata é de 0,230. Tal significa que, não existe evidência estatística para afirmar que os níveis de IMC dos sujeitos com Perturbação Borderline diferem consoante têm Perturbação, têm Elevada probabilidade de Perturbação ou não -  $H(1) = X^2(3) = 3,275$ ,  $p > 0,01$  (Tabela 15).

Tabela 15:

**Diferenças ao nível do IMC em função da existência de Perturbação Borderline**

	Perturbação Borderline			$X^2(3)$
	Perturbação Borderline (n=2) Ordem Média	Elevada Probabilidade de Perturbação (n=8) Ordem Média	Sem elevada probabilidade de Perturbação (n=33) Ordem Média	
Classificação de IMC	23,50	15,19	23,56	3,275*

\* Para um  $p < 0,01$ , o valor do nível de significância exata é de 0,230

Apesar de não se verificar a associação hipotetizada, verifica-se a tendência apresentada na Tabela 16. Através do perfil do Inventário Mini-mult, a maioria dos participantes (N=33) surge como “Sem Elevada Probabilidade de Perturbação Borderline”, 8 demonstram ter “Elevada Probabilidade de Perturbação Borderline” e num N menor, 2 apresentam Perturbação Borderline, segundo a classificação de IMC.

Tabela 16:

**Tabela de frequências de Perturbação Borderline segundo o IMC**

	Excesso de Peso	Obesidade de Grau 1	Obesidade de Grau 2	Obesidade Mórbida	Total
Perturbação Borderline Elevada	0	2	0	0	2
Probabilidade de Perturbação Borderline Sem Elevada	5	2	1	0	8
Probabilidade de Perturbação Borderline	9	14	8	2	33

Relativamente à segunda hipótese, existência de associação significativa entre a classificação de IMC (variável ordinal que permite ordenar os sujeitos segundo a relação entre peso e altura) e Depressão ao nível psicopatológico (variável quantitativa com pontuações iguais ou superiores a 65). Assim, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de ró de Spearman que contempla um valor de  $-,276$ , com significância de  $0,385$ , o que quer dizer que não é significativo ( $r_s = -,276$ ,  $p > 0,01$ , ns) (Tabela 17).

Tabela 17:

**Associação entre classificação de IMC e Depressão ao nível psicopatológico mediante o Coeficiente de correlação de Ró de Spearman**

		Classificação de IMC segundo a OMS	Depressão ao nível patológico
Classificação de IMC segundo a OMS	Coeficiente de Correlação	1,000	-,276
	Sig. (2-tailed)	.	,385
	N	12	12
Depressão ao nível patológico	Coeficiente de Correlação	-,276	1,000
	Sig. (2-tailed)	,385	.
	N	12	12

Apesar da inexistência de associação estatisticamente significativa, é possível através da Tabela 18, verificar as frequências dos sujeitos com pontuações na Escala de Depressão superiores ou iguais a 65, segundo a classificação do IMC. Assim, apenas 12 de entre os 43 sujeitos pontuaram a nível psicopatológico nesta escala (N=12). Em termos de frequências absolutas e relativas temos que: 3 sujeitos com Excesso de Peso (25%), 6 com Obesidade de Grau I (50%) e 3 com Obesidade de Grau II (25%), pontuam de forma patológica na Escala Depressão.

Tabela 18:  
Tabela de frequências na Escala de Depressão com pontuações iguais ou superiores a 65 segundo a Classificação segundo OMS

	Frequência	Porcentagem
Excesso de peso	3	25,0
Obesidade de grau 1	6	50,0
Obesidade de Grau 2	3	25,0

Para averiguar a terceira hipótese, Existência de associação estatisticamente significativa entre classificação de IMC (variável ordinal que permite ordenar os sujeitos segundo a relação entre peso e altura) e Paranoia ao nível psicopatológico (variável quantitativa com pontuações iguais ou superiores a 65), recorreu-se ao cálculo do coeficiente de rho de Spearman. Verificou-se a falta de associação entre estas uma vez que este coeficiente apresenta um valor de  $-,061$ , com significância de  $0,427$ , o que quer dizer que não é significativo ( $r_s = -,170$ ,  $p > 0,01$  ns) (Tabela 19).

Tabela 19:  
Associação entre classificação de IMC e Paranoia ao nível psicopatológico, mediante o Coeficiente de correlação de Ró de Spearman

		Classificação do IMC segundo a OMS	Paranoia ao nível patológico
Classificação do IMC segundo a OMS	Coeficiente de Correlação	1,000	-,170
	Sig. (2-tailed)	.	,427
	N	24	24
Paranoia ao nível patológico	Coeficiente de Correlação	-,170	1,000
	Sig. (2-tailed)	,427	.
	N	24	24

Ainda que não se tenha verificado a existência de associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, é possível através da Tabela 20, verificar as frequências dos sujeitos com pontuações na Escala de Paranoia superiores ou iguais a 65, segundo a classificação do IMC. Desta forma, 24 de entre os 43 sujeitos pontuaram a nível psicopatológico nesta escala (N=24). Em termos de frequências absolutas e relativas temos que: 7 sujeitos com Excesso de Peso (29,2%), 11 com Obesidade de Grau I (45,8%), 3 com Obesidade de Grau II (20,8%) e 1 com Obesidade Mórbida (4,2%), pontuam de forma patológica na Escala Paranoia.

Tabela 20:

**Tabela de frequências na Escala de Paranoia com pontuações iguais ou superiores a 65 segundo a Classificação de IMC pela OMS**

	Frequência	Porcentagem
Excesso de peso	7	29,2
Obesidade de grau 1	11	45,8
Obesidade de grau 2	5	20,8
Obesidade mórbida	1	4,2

### 3.2.2. Comportamento Alimentar

Apesar de conhecida a discrepância numérica entre o sexo feminino e masculino na amostra em estudo, pelo veiculado na literatura, considera-se relevante averiguar a associação entre género e Estilo Alimentar: Restritivo, Externo e Emocional (Hipótese 4).

Examinou-se a associação entre cada estilo alimentar, variáveis quantitativas, e género, através do cálculo do teste de Mann-Whitney. Assim sendo, e uma vez que o teste é bilateral a hipótese nula será: os estilos alimentares são idênticos entre homens e mulheres, e a hipótese alternativa: os estilos alimentares diferem entre homens e mulheres. Como já referido anteriormente, a amostra é composta por 9 sujeitos do sexo masculino e 34 do sexo feminino.

Relativamente ao Estilo Alimentar Restritivo, e em termos descritivos, a ordenação das médias das mulheres é superior às dos homens, o que indicia um estilo alimentar restritivo superior no sexo feminino do que no masculino, visto que ordens médias superiores implicam valores absolutos da variável superiores. Contudo, ao consultar o valor de significância exata bilateral, neste caso ,281, verifica-se que não existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no estilo restritivo diferem consoante o género ( $U=116$ ,  $p > 0,05$ )(Tabela 21).

Relativamente ao Estilo Alimentar Externo, e em termos descritivos, a ordenação das médias do sexo masculino é superior à do sexo feminino, o que indicia um estilo alimentar externo superior no sexo masculino do que no feminino, visto que ordens médias superiores implicam valores absolutos da variável superiores. Contudo, ao consultar o valor de significância exata bilateral, neste caso ,268, verifica-se que não existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no estilo externo diferem consoante o género ( $U=115$ ,  $p > 0,05$ ) (Tabela 21).

Quanto ao Estilo Alimentar Emocional, a ordenação das médias do género feminino é superior à do masculino, o que indicia um estilo alimentar emocional superior no sexo feminino por comparação ao masculino. Porém, o valor de significância exata bilateral figura o valor ,628 o que permite verificar que não existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no estilo emocional diferem consoante o género ( $U=136$ ,  $p > 0,05$ ) (Tabela 22).

Tabela 21:

**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Estilo Alimentar segundo o Género**

	Género		U
	Masculino (n=9) Ordem Média	Feminino (n=34) Ordem Média	
Estilo Alimentar Restritivo	17,89	23,09	116,0*
Estilo Alimentar Externo	26,22	20,88	115,0**
Estilo Alimentar Emocional	20,11	22,50	136,0***

\* Valor de significância Exata: 0,281; \*\* Valor de significância Exata: 0,268;

\*\*\* Valor de significância Exata: 0,628

Ainda que não se tenha confirmado associação estatisticamente significativa, apostando numa relação meramente descritiva, verifica-se através da análise das pontuações médias das escalas do DEBQ (Tabela 22), que o estilo predominante quer no sexo feminino quer no masculino é o Estilo Alimentar Emocional (M=30,44; M=32,82).

Tabela 22:

**Pontuações médias do Estilo alimentar, segundo o Género**

Género	Estilo Alimentar Restritivo	Estilo Alimentar Externo	Estilo Alimentar Emocional	
<b>Masculino (N=9)</b>	25,67	28	30,44	Média
	26	26	33	Mediana
	15,750	70,750	70,528	Desvio
	3,969	8,411	8,398	Padrão
	21	16	18	Variância
	30	42	42	Mínimo
				Máximo
<b>Feminino (N=34)</b>	27,88	24,38	32,82	Média
	27	23	33	Mediana
	41,622	32,365	120,513	Desvio Padrão
	6,452	5,689	10,978	Variância
	11	16	13	Mínimo
	42	35	57	Máximo

Ao averiguar a existência de associação estatisticamente significativa entre o Estilo Alimentar Externo e Emocional, verificou-se que e tendo somente por base as pontuações nas subescalas de alimentação emocional e externa, as emoções e situações externas controlam a ingestão alimentar dos participantes na amostra.

Considerando as pontuações traduzidas pelas variáveis quantitativas dos 43 participantes em estudo, o coeficiente de correlação de Pearson apresenta o valor de 0,655 (65,5%) e o nível de significância é de ,000. A correlação é positiva, forte e, evidentemente, significativa,  $r = 0,655$ ,  $p < 0,001$ . Desta forma podemos afirmar que as emoções e situações externas se encontram positivamente relacionadas (Tabela 23).

Tabela 23:

**Associação entre Estilo Alimentar Externo e Emocional, mediante o Coeficiente de correlação de Pearson**

		Estilo Externo	Estilo Emocional
Estilo Externo	Correlação de Pearson	1	,655**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	43	43
Estilo Emocional	Correlação de Pearson	,655**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	43	43

\*\* Correlação significativa para um nível de 0.01 (2-tailed).

**3.2.3. Autoeficácia**

Para detetar diferenças significativas entre os valores centrais de duas situações, neste caso em particular ter tido Experiências prévias Negativas com dietas ou não, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney. Este representa a alternativa não paramétrica ao teste t-student para amostras independentes quando não se encontram reunidas as condições de aplicação de um teste paramétrico. Assim, o que se pretende averiguar na hipótese 9 é se a Autoeficácia Geral Percebida difere entre os sujeitos que tiveram Experiências prévias Negativas com dietas e os que não tiveram. Neste caso o teste é bilateral e portanto, a hipótese nula será: os níveis de Autoeficácia geral percebida são idênticos no grupo de sujeitos que teve experiências prévias negativas com dietas e do que não teve, e a hipótese alternativa será: os níveis de autoeficácia geral percebida diferem entre os que tiveram experiências prévias negativas com dietas e os que não tiveram. Verificamos que a amostra é composta por 11 sujeitos que tiveram efetivamente experiências prévias negativas e 32 que não tiveram. Como seria de prever, devido à desigualdade de N entre os dois grupos, a nível descritivo a média dos que tiveram experiências prévias negativas é superior aos que não tiveram, o que indicia maiores níveis de autoeficácia geral percebida para o grupo que não teve experiências prévias de fracasso, uma vez que ordens médias superiores implicam valores absolutos da variável superiores (Tabela 24).

Tabela 24:

**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para a Autoeficácia Geral Percebida no grupo de sujeitos que tiveram ou não Experiências prévias Negativas com dietas**

	Experiências prévias negativas com dietas		U
	Sim (n=11) Ordem Média	Não (n=32) Ordem Média	
Autoeficácia Geral Percebida (GSE)	20,41	22,55	158,500*

\* Para  $p < 0,05$ , o valor de significância exata bilateral é de 0,631.

Para verificar se as diferenças são significativas, há que tomar em consideração o valor de significância exata bilateral, que neste caso é de 0,631. Tal significa que não existe evidência estatística para afirmar que os níveis de autoeficácia geral percebida diferem consoante a existência ou não de experiências prévias negativas com dietas -  $U=158,500$ ,  $p>0,05$ .

Apesar da tendência não ser relevante, uma vez que o N de indivíduos que não teve experiências prévias negativas com dietas ( $n=32$ ) é superior ao que já teve ( $n=11$ ), as pontuações médias da Autoeficácia Geral Percebida é superior nos indivíduos que manifestam não ter tido este tipo de experiências estando também entre estes a pontuação máxima nesta variável (máx.=40) (Tabela 25).

Tabela 25:  
Pontuações médias da Autoeficácia Geral Percebida, segundo a existência de experiências prévias negativas com dietas

Experiências prévias negativas com dietas	Frequência	Porcentagem	Autoeficácia Geral Média Percebida (GSE)	
Sim	11	25,6	30	Média
			30	Mediana
			2,608	Desvio Padrão
			6,8	Variância
			26	Mínimo
			33	Máximo
Não	32	74,4	31,06	Média
			30	Mediana
			4,885	Desvio Padrão
			23,867	Variância
			20	Mínimo
			40	Máximo
Total	43	100		

Ao examinar a associação entre as variáveis “Autoeficácia Geral Percebida”, variável quantitativa, e a “Existência de Problemas Significativos”, variável ordinal, procedeu-se ao cálculo do teste de Mann-Whitney. Desta forma, o que se pretende averiguar na hipótese 10 é se a Autoeficácia Geral Percebida difere entre os sujeitos que apontam a existência de problemas significativos dos que não apontam. Neste caso o teste é bilateral e portanto, a hipótese nula será: os níveis de Autoeficácia geral percebida são idênticos no grupo de sujeitos que aponta a existência de problemas significativos e do que não aponta, e a hipótese alternativa será: os níveis de autoeficácia geral percebida diferem entre os que apontam a existência de problemas significativos e os que não apontam. Verificamos que a amostra é composta por 32 sujeitos que apontam efetivamente a existência de problemas significativos e 11 que não apontam. Como seria de prever, devido à desigualdade de N entre os dois grupos, ao nível descritivo a média é superior no grupo de sujeitos que aponta a

existência de problemas significativos, o que indicia maiores níveis de autoeficácia geral percebida para este grupo, uma vez que ordens médias superiores implicam valores absolutos da variável (Tabela 26).

Tabela 26:

**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o nível de Autoeficácia geral percebida segundo a identificação ou não de problemas significativos pelos participantes**

	Problemas Significativos		U
	Sim (n=32) Ordem Média	Não (n=11) Ordem Média	
Autoeficácia Geral Percebida (GSE)	23	18,82	141,0*

\* Para um  $p < 0,05$ , o valor de significância exata bilateral, que neste caso é de 0,342

Para verificar se as diferenças são significativas, há que tomar em consideração o valor de significância exata bilateral, que neste caso é de 0,342. Tal significa que não existe evidência estatística para afirmar que os níveis de autoeficácia geral percebida diferem consoante a existência ou não de problemas significativos -  $U=141$ ,  $p > 0,05$ .

À semelhança do sucedido com a hipótese anterior, ainda que sem se verificar associação estatisticamente significativa, estabelecendo a comparação com os sujeitos que apontaram no questionários sociodemográfico a existência de “Problemas Significativos” ( $N=32$ ), com os que negaram essa existência ( $N=11$ ) as pontuações médias da Autoeficácia Geral Percebida é superior nos indivíduos que manifestam a existência de problemas ( $M=31,03$ ) experiências estando também entre estes a pontuação máxima nesta variável ( $máx.=40$ ) (Tabela 27).

Tabela 27:

**Pontuações médias da Autoeficácia Geral Percebida, segundo a existência de Problemas significativos**

Problemas significativos	Frequência	Percentagem	Autoeficácia Geral Média Percebida (GSE)	
Sim	32	74,4	31,03	Média
			30,50	Mediana
			4,468	Desvio Padrão
			19,967	Variância
			20	Mínimo
			40	Máximo
Não	11	25,6	30,09	Média
			28	Mediana
			4,369	Desvio Padrão
			19,091	Variância
			26	Mínimo
			40	Máximo
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>		

### 3.2.4. Imagem Corporal

Uma das hipóteses levantadas residia na Existência de relação entre o grau de insatisfação corporal e funcionamento psicológico (Hipótese 6). Entenda-se que para tal, e em relação à variável funcionamento psicológico, se tomou em consideração as pontuações de cada sujeito por cada escala do Mini-Mult segundo dois níveis: nível normal ( $T < 65$ ) e nível patológico ( $T \geq 65$ ).

Assim, no que toca à associação entre o grau de insatisfação corporal e as pontuações na escala de Depressão, como hipótese nula temos: o grau de insatisfação corporal é idêntico em indivíduos no nível de depressão normal e patológico. Como hipótese alternativa, sugere-se: o grau de insatisfação corporal é diferente entre o grupo que pontua ao nível patológico na escala depressão. Verificamos que o número de indivíduos do grupo normal nesta escala é de 31, sendo o N de indivíduos do grupo patológico ao nível da depressão de 12. A ordenação média do primeiro grupo enumerado primeiramente é superior à do grupo patológico. Contudo, este dado não nos permite verificar diferenças significativas entre os grupos e afirmar que o grau de insatisfação difere consoante o grupo normal/patológico na escala de depressão -  $U = 154,00$ ,  $p > 0,05$  (Tabela 28).

Tabela 28:  
**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Depressão**

	Níveis de Depressão		U
	Indivíduos com pontuações no Intervalo Normal (n=31) Ordem Média	Indivíduos com pontuações no intervalo patológico (n=11) Ordem Média	
Grau de insatisfação corporal	23,03	19,33	154,0*

\* Para um  $p < 0,05$ , o valor de significância bilateral é de 0,399

Relativamente à associação entre o grau de insatisfação corporal e as pontuações na escala de Histeria, como hipótese nula temos: o grau de insatisfação corporal é idêntico em indivíduos que pontuam no intervalo considerado normal e os que pontuam no considerado patológico. Como hipótese alternativa, sugere-se: o grau de insatisfação corporal é diferente entre o grupo que pontua ao nível patológico na escala Histeria. Verificamos que o número de indivíduos do grupo normal nesta escala é de 38, sendo o N de indivíduos do grupo patológico ao nível da Histeria de 5. A ordenação média do grupo normal relativamente à escala de Histeria é, obviamente, superior à do grupo patológico. Para verificar se as diferenças são ou não significativas, há que examinar o valor de significância bilateral, que neste caso é de 0,007, o que significa, não esquecendo a disparidade entre os elementos de cada grupo, que existe evidência estatística para afirmar que o grau de

insatisfação corporal difere consoante o grupo normal/patológico na escala de Histeria -  $U = 27,00$ ,  $p < 0,05$  (Tabela 29).

**Tabela 29:**  
**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Histeria**

	Níveis de Histeria		U
	Indivíduos com pontuações no Intervalo Normal (n=38) Ordem Média	Indivíduos com pontuações no intervalo patológico (n=5) Ordem Média	
Grau de insatisfação corporal	23,79	8,40	27,0*

\* Para um  $p < 0,05$ , o valor de significância bilateral é de 0,007

No que toca à associação entre o grau de insatisfação corporal e as pontuações na escala 3 do Mini-Mult, Escala de Psicopatia, como hipótese nula temos: o grau de insatisfação corporal é idêntico em indivíduos do grupo normal e do grupo patológico, ao nível das pontuações na escala de psicopatia. Como hipótese alternativa, sugere-se: o grau de insatisfação corporal é diferente entre o grupo normativo e o que pontua ao nível patológico na escala de psicopatia. Verificamos que o número de indivíduos com pontuações na escala de Psicopatia que os situem num nível normal é de 37, sendo o N de indivíduos do grupo patológico de 6. A ordenação média dos indivíduos com pontuações no intervalo normal é inferior à do grupo patológico. Contudo, este dado não nos permite verificar diferenças significativas entre os grupos e afirmar que o grau de insatisfação difere consoante o grupo normal/patológico na escala de Psicopatia -  $U = 93,5$ ,  $p > 0,05$  (Tabela 30).

**Tabela 30:**  
**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Psicopatia**

	Níveis de Psicopatia		U
	Indivíduos com pontuações no Intervalo Normal (n=37) Ordem Média	Indivíduos com pontuações no intervalo patológico (n=6) Ordem Média	
Grau de insatisfação corporal	21,53	24,92	93,5*

\* Para um  $p < 0,05$ , o valor de significância bilateral é de 0,549

Na escala de Paranoia como hipótese nula apresentamos: o grau de insatisfação corporal é idêntico em indivíduos do grupo normal e do grupo patológico, ao nível das pontuações na escala de Paranoia. Como hipótese alternativa, sugere-se: o grau de insatisfação corporal difere entre o grupo normativo e o que pontua ao nível patológico na escala de Paranoia. Verificamos que o número de indivíduos com pontuações na escala de

Psicopatia que os situem num nível normal é de 20, sendo o N de indivíduos do grupo patológico de 23. A ordenação média dos indivíduos com pontuações no intervalo patológico é superior à do grupo normal indiciando maior grau de insatisfação corporal para o grupo patológico do que para o normal. Porém, este dado não nos permite verificar diferenças significativas entre os grupos e afirmar que o grau de insatisfação difere consoante o grupo normal/patológico na escala de Paranoia -  $U = 225,500$ ,  $p > 0,05$  (Tabela 31).

Tabela 31:

**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Paranoia**

	Níveis de Paranoia		U
	Indivíduos com pontuações no Intervalo Normal (n=20) Ordem Média	Indivíduos com pontuações no intervalo patológico (n=23) Ordem Média	
Grau de insatisfação corporal	21,78	22,20	225,5*

\* Para um  $p < 0,05$ , o valor de significância bilateral é de 0,893

Na escala de Psicastenia temos como hipótese nula: o grau de insatisfação corporal é idêntico em indivíduos do grupo normal e do grupo patológico, ao nível das pontuações na escala de Psicastenia e como hipótese alternativa: o grau de insatisfação corporal difere entre o grupo normativo e o que pontua ao nível patológico na escala de Psicastenia (Tabela 32).

Também para a Escala de Esquizofrenia e de Hipomania, as hipóteses nulas e alternativas foram assim formuladas. Para nenhuma destas três se evidenciou a existência significação estatística para afirmar que o grau de insatisfação diferia consoante o nível normal ou patológico em cada uma das escalas (Tabela 33 e 34).

Tabela 32:

**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Psicastenia**

	Níveis de Psicastenia		U
	Indivíduos com pontuações no Intervalo Normal (n=42) Ordem Média	Indivíduos com pontuações no intervalo patológico (n=1) Ordem Média	
Grau de insatisfação corporal	21,70	34,50	8,5*

\* Para um  $p < 0,05$ , o valor de significância bilateral é de 0,419

Tabela 33:

**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Esquizofrenia**

	Níveis de Esquizofrenia		U
	Indivíduos com pontuações no Intervalo Normal (n=35) Ordem Média	Indivíduos com pontuações no intervalo patológico (n=8) Ordem Média	
Grau de insatisfação corporal	21,86	22,63	135*

\* Para um  $p < 0,05$ , o valor de significância bilateral é de 0,890

Tabela 34:

**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Hipomania**

	Níveis de Hipomania		U
	Indivíduos com pontuações no Intervalo Normal (n=39) Ordem Média	Indivíduos com pontuações no intervalo patológico (n=4) Ordem Média	
Grau de insatisfação corporal	21,62	25,75	63*

\* Para um  $p < 0,05$ , o valor de significância bilateral é de 0,558

Formulou-se também como hipótese de investigação, a Existência de associação entre os dois níveis idade e o grau de insatisfação corporal (Hipótese 7). Neste caso a hipótese nula constituirá a seguinte formulação: o grau de insatisfação corporal é idêntico entre os sujeitos mais e menos jovens. E como hipótese alternativa: o grau de insatisfação corporal difere entre os sujeitos mais jovens e os menos jovens. Ao nível descritivo, a ordenação média do grupo mais jovem é superior à do grupo menos jovem, o que indicia um maior grau de insatisfação corporal no grupo mais jovem. Porém, tomando como análise o valor de significância exata bilateral, que assume o valor de ,507, verificamos que não existe evidência estatística para afirmar que o grau de insatisfação corporal difere consoante os níveis de idade -  $U = 201,500$ ,  $p > 0,05$  (Tabela 35).

Tabela 35:

**Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para o Grau de Insatisfação Corporal mediante os Níveis de Idade**

	Níveis de Idade		U
	Indivíduos mais jovens (n=19)	Indivíduos menos jovens (n=24)	
	Ordem Média	Ordem Média	
Grau de insatisfação corporal	23,39	20,90	201,5

\* Para um  $p < 0,05$ , o valor de significância bilateral é de 0,507

Ainda tomando como análise a variável Grau de Insatisfação corporal, procurámos conhecer a Relação entre Grau de insatisfação corporal e Autoeficácia Geral Percebida (hipótese 8).

Quer a variável Grau de insatisfação Corporal quer a Autoeficácia Geral Percebida constituem variáveis do tipo quantitativo. Assim, através do cálculo do coeficiente biserial de Pearson, verificamos a não associação entre estas uma vez que este coeficiente apresenta um valor de 0,173, com significância de 0,268, o que quer dizer que não é significativo ( $r_{pb} = 0,173$   $p > 0,01$ , ns) (Tabela 36).

Tabela 36:

**Associação entre Autoeficácia Geral Percebida e Grau de insatisfação corporal, mediante o Coeficiente de correlação de Pearson**

		Autoeficácia Geral Percebida (GSE)	Grau de Insatisfação Corporal
Autoeficácia Geral Percebida (GSE)	Correlação de Pearson	1	,173
	Sig. (2-tailed)		,268
	N	43	43
Grau de Insatisfação Corporal	Correlação de Pearson	,173	1
	Sig. (2-tailed)	,268	
	N	43	43

Contudo, observando as pontuações médias da Autoeficácia Geral Percebida segundo cada grau de insatisfação, verificamos que a média da autoeficácia geral percebida mais baixa se situa no maior grau de insatisfação corporal (grau 4,  $M=29$ ) (Tabela 37).

Tabela 37:

**Pontuações médias da Autoeficácia Geral Percebida, segundo o Grau de Insatisfação Corporal**

Grau de Insatisfação Corporal	Frequência	Autoeficácia Geral Média Percebida (GSE)	
1	10	30,60	Média
		29	Mediana
		5,016	Desvio Padrão
		25,156	Variância
		25	Mínimo
		39	Máximo
2	19	29,84	Média
		30	Mediana
		3,023	Desvio Padrão
		9,140	Variância
		24	Mínimo
		35	Máximo
3	10	32,60	Média
		32,50	Mediana
		5,854	Desvio Padrão
		34,267	Variância
		20	Mínimo
		40	Máximo
4	3	29	Média
		28	Mediana
		1,732	Desvio Padrão
		3	Variância
		28	Mínimo
		31	Máximo
5	1	a	a
<b>Total</b>	<b>43</b>		

<sup>a</sup> Valor constante

## IV. Discussão dos Resultados e Conclusões

O tema que temos vindo a tratar é assumido por muitos especialistas como uma epidemia mundial em contínua expansão, resultado de alterações no estilo de vida, dos hábitos alimentares das últimas décadas nas sociedades industrializadas e que afeta todo o espectro de idades. Da revisão da literatura provém o conhecimento da existência de múltiplos fatores, de natureza pessoal e contextual associados ao excesso de peso e obesidade como sendo interações entre fatores genéticos, hormonais, ambientais e comportamentais.

Estas evidências permitem que se identifique grupos de pessoas que se encontram em maior risco de desenvolver esta condição. Contudo, desta premissa importa refletir sobre duas questões:

- 1) Qual será o papel do psicólogo no seio desta problemática?
- 2) Serão estes fatores de risco precipitantes ou consequentes da aquisição e manutenção de hábitos de vida saudável?

Bom, no que toca à primeira questão importa ressaltar, e tal como Joyce-Moniz e Barros (2005) o tomam, que a saúde e a doença não são meramente o resultado de circunstâncias biológicas, sendo, principalmente, o produto dos comportamentos de cada indivíduo. Assim, a mudança efetiva destes comportamentos, na sua maioria arraigados durante anos, estará na base de qualquer sucesso terapêutico.

O tratamento da obesidade deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar, tendo como objetivos a mudança do estilo de vida, o tratamento nutricional e comportamental, a atividade física, e, perante expressões mais graves, o tratamento cirúrgico. A obesidade é um distúrbio multifacetado e, como tal, é de esperar também uma variabilidade na forma como os doentes respondem ao tratamento. Uma abordagem clínica para o controlo de estímulos, o reforço positivo do comportamento, a autorregulação e a reestruturação cognitiva são etapas importantes no tratamento do excesso de peso e obesidade (Wilson, 1996).

Assim, torna-se de extrema importância o cunho da Psicologia da Saúde uma vez que sendo esta a ciência que se dedica ao estudo, compreensão, explicação e mudança do comportamento humano (Sarafino & Smith, 2012), poderá providir de importantes respostas e contribuir para resultados de maior sucesso ao nível do tratamento e na futura diminuição das taxas de prevalência do excesso de peso e obesidade. Apesar desta conclusão e da inserção da Psicologia de modo mais ativo nos cuidados de saúde, em Portugal só recentemente começaram a ser reconhecidas as potencialidades da Psicologia, nomeadamente na promoção da mudança sustentada de comportamentos para o tratamento, com sucesso, de condições médicas como o excesso de peso e a obesidade. Desta forma, cada vez mais o psicólogo é chamado a intervir nestes casos e solicitado para integrar programas de intervenção e de promoção da saúde.

O sucesso terapêutico na população obesa é definido pela capacidade que o indivíduo tem de diminuir e/ou evitar ganhar peso, bem como diminuir a morbidade associada à doença. Mediante estes objetivos, os programas para perda peso, incluem vários níveis de intervenção como a dieta, o aumento da atividade física, a modificação comportamental, a farmacoterapia e em ultimo recurso, a cirurgia (Moldovan & David, 2011).

O presente estudo seguiu um desenho descritivo de uma amostra clínica não probabilística por conveniência uma vez que os dados foram recolhidos junto dos participantes de duas edições do programa PESO a decorrer no CHCB, tendo este como primazia a promoção da prática de atividade física regular, a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a redução de peso corporal ou prevenção da obesidade sem recurso a tratamento medicamentoso ou cirúrgico.

Como objetivos da investigação salienta-se a caracterização dos participantes relativamente a um conjunto de variáveis sociodemográficas, do funcionamento psicológico através da aplicação do inventário Mini-Mult, Estilo alimentar (DEBQ), Crenças de Autoeficácia e Imagem/Satisfação corporal. Esta caracterização advém do facto de na literatura estes elementos serem entendidos como fatores preditores ou não do sucesso terapêutico destes indivíduos na perda de peso e em programas semelhantes ao PESO. Porém, nem sempre se reúne a consensualidade entre as investigações considerando oportuno apresentar a Tabela 38 adaptada de Teixeira, Going & Lohman (2005 p. 30), onde é estabelecida uma análise clara acerca dos preditores e não preditores no controlo de peso consoante o veiculado pela literatura:

Tabela 38:  
Fatores preditores e não preditores no Controlo de Peso

	Preditores	Não Preditores
Evidência consistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos dietas prévias, menos tentativas de perda de peso</li> <li>- Automotivação, autoeficácia geral, autonomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentação emocional/voracidade</li> <li>- Depressão, psicopatologia, humor</li> <li>- Desinibição alimentar, alimentação externa</li> <li>- Restrição alimentar, dietas crónicas</li> <li>- Perceção de fome</li> </ul>
Evidência contraditória	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de massa corporal inicial/peso</li> <li>- Imagem corporal, insatisfação com o tamanho</li> <li>- Autoestima</li> <li>- Autoeficácia na alimentação</li> <li>- Objetivos realistas na perda de peso/expectativas</li> <li>- Locus de controlo interno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalidade</li> <li>- Perceção de Suporte Social</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Teixeira, Going & Lohman, 2005, p. 30

- **Funcionamento Psicológico e Personalidade**

No que toca à primeira grande variável em estudo, funcionamento psicológico e características personalísticas, deparamo-nos na literatura, e à semelhança do patenteado pelos autores no quadro acima, com resultados aparentemente contraditórios.

Destes, são muitos os que revogam (Faith & Allison, 2000) e os que afirmam a existência de uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas e sintomatologia psicológica nos sujeitos obesos (Sullivan et al. 2007).

Apesar desta divergência de opiniões e de dados de investigações empíricas divergentes, ambos consensualizam acerca da existência de comorbilidades psicológicas/psiquiátricas constituírem um não preditor do controlo de peso.

De entre os autores que afirmam a existência de psicopatologia nos indivíduos com sobrepeso, é oferecido destaque à presença de perturbações do foro emocional como a Depressão, a Perturbação Borderline e à Paranoia (Valenti, Omizo & Madrona, 2011).

Perante estes dados, primeiramente propusemo-nos a investigar a Existência de associação significativa entre a classificação de IMC segundo a Organização Mundial de Saúde e: Perturbação Borderline, Depressão e Paranoia a um nível psicopatológico, recorrendo para tal ao Mini - Mult (versão reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Estatisticamente, não comprovamos existência de associação para qualquer uma destas três hipóteses. Contudo, ressalvamos alguns dados interessantes.

No que toca à primeira hipótese, é veiculado por alguns autores a existência de uma comorbilidade com certas perturbações da personalidade como a perturbação limite da personalidade e o excesso de peso e obesidade (Larsen & Torgersen 1989; Hutzler, Keen, Molinari & Carey 1981; Sullivan et al. 2007).

Outros sustentam esta relação com base em características como imaturidade e dificuldade no controlo dos impulsos, com presença de insegurança extrema, sensibilidade, dependência, instabilidade emocional e baixa autoestima. Especula-se que a obesidade pode ser secundária à perturbação limite da personalidade uma vez que a dificuldade no controlo dos impulsos pode originar um aumento da ingestão alimentar, contudo, não é possível apontar uma relação de causa-efeito (Hernani, 2001).

Fitzgibbon e Kirschenbaum (1990) numa investigação que levaram a cabo numa amostra de obesos mórbidos, concluíram que 23% dos sujeitos apresentavam características de perturbação borderline assim como apresentavam mais sintomas de psicopatologia e menos estratégias de coping adaptativas.

Na presente investigação, e através da análise dos códigos de perfil, apenas dois participantes, correspondentes ao intervalo de IMC de Obesidade de Grau I, apresentam Perturbação Borderline e 8 onde seria necessário destrinçar essa hipótese em contexto clínico, daí a designação de “Elevada probabilidade de Perturbação”.

Tais resultados não coadunam com os achados dos autores acima referidos, podendo tal dever-se ao facto das investigações referidas tomarem como amostra indivíduos com um IMC equivalente a Obesidade Mórbida. Como é passível de verificar no capítulo III e IV da

presente dissertação, apenas dois participantes se encontram na condição de obesidade mórbida, não apresentando estes Perturbação Borderline nem Elevada Probabilidade de Perturbação.

Relativamente à segunda hipótese, Existência de associação estatisticamente significativa entre a classificação de IMC e Depressão, apesar de não se verificar relação estatística é importante retirar que da aplicação do Mini-mult, esta é a segunda escala a assumir pontuações médias mais elevadas e que de entre os 43 participantes, 12 pontuam nesta a um nível psicopatológico.

De entre as perturbações de humor tem-se especulado muito sobre a relação entre a depressão e excesso de peso e obesidade. Segundo Hermani (2001), determinados tipos de depressão podem ser a causa da obesidade sendo que, os sujeitos com obesidade mórbida apresentam uma maior vulnerabilidade para as perturbações depressivas uma vez que esta se encontra associada a uma maior taxa de sentimentos negativos, estão assim presentes sentimentos de culpa que interferem com a atividade diária e inevitavelmente se relacionam com a imagem corporal.

Apesar do N de sujeitos não ser o mesmo para cada intervalo de IMC, de acordo com os autores, seria de esperar que os dois participantes com Obesidade Mórbida pontuassem a um nível patológico nesta escala, o que não acontece, verificando-se sim que o maior número de indivíduos com pontuações acima de 65 na escala 2 do Mini-mult, encontram-se com Obesidade de Grau I.

Segundo diversos autores a patologia da personalidade e os conflitos emocionais são temáticas centrais sendo a sobrealimentação considerada como uma resposta aos distúrbios emocionais ou à depressão, e por outro como adaptação a sentimentos incómodos, consoante o autor em causa (Valenti et al. 2011).

Markowitz, Friedman e Arent (2008) sugerem três mecanismos potenciais que podem estar na base da mediação entre obesidade e depressão, sendo estes: 1) comportamental (por exemplo, comprometimento funcional e dieta repetidas), 2) cognitivo (por exemplo, a insatisfação com a imagem corporal e baixos níveis de auto percepção de saúde) e (3) social (por exemplo, baseada no estigma do peso).

Bellace (2005) debruçou-se sobre uma amostra de 179 pacientes compostos por homens (N=56) e mulheres (N=123) com idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos com um IMC igual ou superior a 30 e que tinham nos últimos 18 anos ganho 20kg. Estes pacientes tinham sido submetidos a 40 semanas de tratamento comportamental de grupo para a perda de peso. Levaram a cabo uma avaliação exaustiva das principais variáveis comportamentais e psicológicas no início e no final do tratamento, com o intuito de perceber quais as variáveis que funcionariam como bons preditores e maus da perda de peso de cada indivíduo. Segundo os autores esta investigação traria implicações proveitosas para o tratamento futuro da obesidade uma vez que tinha por base a capacidade de identificar previamente os fatores específicos de pacientes permitindo aos médicos distinguir quais os indivíduos mais propensos a abandonar o tratamento comportamental ou os que teriam maior dificuldade na perda de

peso. Desta forma, os médicos poderiam então quer individualizar o tratamento para esses pacientes, quer ajudá-los a determinar o momento mais apropriado para o tratamento. Como preditores os autores analisaram a medida em que os fatores como: autoeficácia, a compulsão alimentar, depressão, stress, e os três estilos alimentares poderiam prever o abandono ou o sucesso ao tratamento comportamental.

Relativamente à variável Depressão, os pacientes que relataram níveis mais baixos de depressão basal foram 9% menos propensos a abandonar o tratamento do que aqueles que relatavam mais sintomas depressivos no início do estudo. Contudo, esta correlação não provinha de significância estatística, apontando os autores como limitação o facto de no estudo somente estarem incluídos sujeitos com pontuação no BDI igual ou menor a 25, ou seja, em níveis onde não existia depressão ou onde existia em níveis moderados, acrescentando que se a amostra englobasse todos os pontos de corte do Inventário de depressão de Beck (BDI) a capacidade da depressão como preditora de atrito para a perda de peso no presente estudo seria maior.

Na revisão de Teixeira e colaboradores, dos sete estudos identificados com tendo estudado variáveis psicopatológicas, apenas verificou uma associação negativa entre o humor depressivo e o sucesso na intervenção.

Para Carmo (2001) obesos e não obesos apresentam idêntico ajustamento social e emocional, no entanto, os obesos apresentam menor autoestima do que os não obesos, tornando-se difícil por vezes destringir entre baixa autoestima e insatisfação corporal com depressão ou sintomatologia depressiva.

Também a existência de associação estatisticamente significativa entre classificação de IMC e Paranoia ao nível psicopatológico não foi verificada. Contudo, não podemos ficar indiferentes ao facto de mais de metade dos respondentes da amostra pontuarem a um nível considerado patológico nesta escala (N=24), distribuindo-se maioritariamente pela classificação de Obesidade de Grau I (N=11).

A elevada pontuação na escala 6 (Paranoia) do Mini-mult, permite retirar que 7 sujeitos com Excesso de Peso (29,2%), 11 com Obesidade de Grau I (45,8%), 3 com Obesidade de Grau II (20,8%) e 1 com Obesidade Mórbida (4,2%), pontuam de forma patológica na Escala Paranoia e portanto poderão apresentar características como: sentimento de incompreensão, interpretam ações como sendo persecutórias e aparentam ter maior tendência à sensibilidade ao nível interpessoal, estão presentes em todos os intervalos em estudo.

Com base no estudo da relação entre funcionamento psicológico e IMC, através do MMPI, foram vários os autores que se depararam com pontuações elevadas na Escala de Paranoia (Johnson et al. 1976; Faith & Allison, 2000; Tsushima et al. 2004; Rebelo et al. 2008; Rebelo & Leal, 2007).

Tem-se considerado que as alterações psicopatológicas que surgem se devem a consequências sociais e pessoais decorrentes da inserção de sujeitos com excesso de peso na sociedade (Blázquez, Lauffer, Gutiérrez del Álamo, Moreno & Moreno, 2003). Este resultado é talvez aquele que figura mais proximamente deste pressuposto.

Como fator limitante na verificação das três hipóteses precedentes apontamos o facto de todas tomarem por associação a classificação de IMC, que não contempla para o mesmo intervalo o mesmo número de sujeitos nem tão pouco com as mesmas características sociodemográficas, nomeadamente, profissão, escolaridade, género e nível de idade.

Os resultados oriundos da aplicação do Mini-Mult são difusos e não suportam um perfil típico de populações com excesso de peso ou obesidade. Contudo, mais comumente, as elevações tendem a ser moderadas nas escalas 1, 2, 3, que sugerem sintomatologia depressiva, ansiosa, e atributos psicossomáticos (Kinder, Walfish, Young & Fairweather, 2008; Maddi, Khoshaba, Persico, Bleeker & Vanarsdall, 1997; Tsushima et al. 2004). A literatura indica também um aumento elevações nas escalas 4, 6, 7 e 9 (Johnson et al. 1976; Prather & Williamson, 1988; Tsushima et al. 2004).

A conexão entre peso e traços de personalidade é ainda ilustrada por estudos que demonstraram que a perda de peso bem sucedida diminui traços de personalidade adaptativos (Maddi, Fox, Khoshaba, Harvey, Lu & Persico, 2001) e transtorno psiquiátrico comórbido, melhorando as relações sociais (Herpertz et al. 2003).

Analisando da análise do funcionamento psicológico da amostra de um modo global, e não atendendo a significações estatísticas, é possível verificar que as pontuações mais elevadas surgem, quer em termos de níveis de idade quer ao nível psicopatológico, na escala 2 (Depressão) e na escala 6 (Paranoia). Da combinação destas obtemos o código comum de análise 26/62. Segundo o manual do inventário, os indivíduos que subscrevem este tipo de código podem ser descritos como: sujeitos muito suscetíveis; hostis e com fácil ressentimento; funcionamento por projeção; fundamentam-se em dados insuficientes para preverem críticas das quais se tentam proteger rejeitando os outros que os acabam também por rejeitar - relações pessoais muito difíceis; podem, contudo virar essa hostilidade contra si próprios, internalizando a culpa, figurando o Transtorno distímico como hipótese de classificação. Ao se atender a um código triplo, tomamos como possibilidade a existência de um perfil composto pelas três pontuações mais elevadas nas escalas clínicas, que corresponde ao código 268. Através da análise tabela de códigos do manual de interpretação do MMPI (Cubero & Fusté, 1986), a hipótese de classificação apontada é de funcionamento psicótico.

Focando-nos nas percentagens das pontuações a um nível psicopatológico em cada escala: 2,33% dos participantes aparentam manifestar uma ideação dominada por preocupações acerca da saúde, escassa compreensão por parte do sujeito dos seus problemas psicológicos e da relação que estes podem tomar com as manifestações somáticas, expressando estes problemas através de transtornos físicos, cansaço, inatividade (Escala 1, Hipocondria); 27,91% têm pontuações elevadas na escala depressão sugerindo escassa confiança na própria capacidade, sentimentos de inutilidade e inadequação, pessimismo, reações do tipo depressivo perante dificuldades, apatia, angustia, tendência para a solidão e isolamento e poucos interesses (Escala 2: Depressão); 13,95% têm uma maior propensão a desenvolver sintomas físicos, em reação ao stresse e a utilizar os sintomas físicos para resolver ou evitar os próprios conflitos e situações difíceis (Escala 3: Histeria); 13,95%

manifesta tendência de conflito interpessoal, rebeldia, desrespeito das virtudes sociais e exploração dos outros (Escala 4: Psicopatia), ao passo que a restante percentagem com pontuações mais baixas indica que se trata de pessoas conformistas e convencionais, moralistas, reservadas e com um leque de interesses escassos; mais de metade da amostra, 55,81% dos participantes do programa PESO manifestam percentagem que admite uma grande propensão em se sentirem incompreendidos, que interpretam as ações dos outros como persecutórias e têm uma maior sensibilidade ao nível da interação social (Escala 6: Paranoia); 2,33% refletem sentimentos de culpa, ansiedade, ruminação obsessiva, ritualizações, medos irracionais, dificuldades de concentração, labilidade de interesses e falta de decisão (Escala 7: Psicastenia); 18,60% pontuam a um nível patológico na escala 8 que mede o teste de realidade, desapego e impassibilidade, caracteriza os sujeitos como negativistas, impulsivos, hostis e desordenados (Escala 8: Esquizofrenia), e por fim, 9,30% pontuam a um nível patológico em termos de hiperatividade, excitação, impulsividade e grandiosidade (Escala 9: Hipomania).

Apesar das características descritas serem contraproducentes, ou melhor dizendo, constituírem fatores não preditores para a perda de peso, daqui advém a ressalva que apesar de pontuações medias e perfil global da amostra, o perfil de funcionamento psicológico é único, devendo a intervenção incidir sob as idiosincrasias de cada sujeito por forma a aumentar as probabilidades de sucesso terapêutico.

- **Estilo Alimentar**

Da aplicação do DEBQ é conhecido que valores mais elevados nas subescalas correspondem a uma maior presença de determinado estilo alimentar. Assim, através da análise das pontuações médias obtidas pela amostra verifica-se que é o estilo alimentar emocional que assume maiores pontuações, não se alterando tal quando encarados os níveis de idade e os dois géneros. Este estilo é caracterizado pelo consumo alimentar em excesso como resposta a uma confusão de estados fisiológicos de fome/saciedade e desencadeado por afetos negativos (Coutinho, 2010).

Com base nas subescalas de estilo alimentar externo e emocional, que avaliam até que ponto as emoções e situações externas controlam a ingestão alimentar, verificou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa para os 43 participantes da amostra.

É frequente entre indivíduos com sobrepeso, a tentativa de impor algum controlo sobre o próprio padrão alimentar e a seleção de alimentos, coagidos pela pressão social adversa ao ganho de peso e à obesidade (Viana & Sinde, 2002).

Esta atitude é, geralmente, seguida pela desinibição. Entende-se "desinibição" como a tendência de indivíduos reprimidos a liberarem a ingestão energética, em resposta a determinados estímulos. O consumo alimentar durante a desinibição pode ser muito grande,

tendendo a constituir episódios de compulsão alimentar, pois é muito difícil sustentar a restrição energética por muito tempo (Lluch, Herbeth, Mejean & Siest, 2000).

Polivy e Herman (1999) explicaram que o regime de restrição alimentar e a autoimposição das pessoas que fazem dieta, parecem resultar em compulsão alimentar e em manifestações psicológicas, como preocupação excessiva com comida e em comer, aumento da responsabilidade emocional e mudanças de humor e distração.

Segundo a Tabela 38 apresentada inicialmente neste tópico, acerca dos preditores de sucesso no controlo do peso, os autores colocam a voracidade alimentar e alimentação emocional na categoria de não-preditores e com uma evidência consistente entre as investigações (Teixeira, Going, Sardinha & Lohman, 2005; Institute of Medicine, 1995). Da revisão de Teixeira e colaboradores foram identificados 19 modelos de predição de sucesso usando como variáveis relacionadas a voracidade alimentar e a alimentação emocional. Daqui, somente quatro tiveram significância estatística, pelo que em dois estudos, maiores níveis de alimentação emocional/voracidade se associaram a uma maior perda de peso (Bryan & Tiggemann, 2001; Gladis et al. 1998), e nos outros dois a um menor sucesso e desistência precoce (Fogelholm, Kukkonen-Harjula & Oja, 1999; Sherwood, Jeffery & Wing, 1999).

É sugerido que em sujeitos mais suscetíveis, o ato de comer surja como compensação do efeito dos estados emocionais negativos, ao passo que aqueles que apresentam um comportamento alimentar menos restritivo e uma menor sensibilidade à alimentação emocional, normalmente, reduzem a sua ingestão aquando a presença de emoções negativas. Nem todas as formas de humor despoletam episódios de descontrolo alimentar e, o DEBQ somente relaciona, de forma genérica, o humor negativo e a “ingestão descontrolada”, não estabelecendo a distinção entre estados emocionais específicos (Coutinho, 2010).

Embora fosse conhecida a discrepância entre o sexo feminino e masculino na amostra em estudo, pelo veiculado na literatura, considerou-se relevante averiguar a associação entre género e Estilo Alimentar: Restritivo, Externo e Emocional, não se tendo verificado qualquer tipo de associação.

- **Crenças de Autoeficácia, Imagem e Satisfação/Insatisfação corporal**

Pegando no referido por Carmo (2001) anteriormente, a insatisfação corporal acarreta implicações negativas para o funcionamento psicológico. Assim, e uma vez que todos os participantes da amostra se encontram insatisfeitos com a imagem corporal, propusemo-nos a verificar a existência de relação entre o Grau de Insatisfação corporal e funcionamento psicológico nos indivíduos com pontuações no intervalo Normal e indivíduos com pontuações no intervalo considerado patológico em cada escala do Mini-mult.

Nenhuma associação foi estatisticamente significativa, à exceção da correlação significativa entre o grau de insatisfação corporal e o grupo normal/patológico na escala de Histeria - ( $U = 27,00$ ,  $p < 0,05$ ), que avalia a propensão a desenvolver sintomas físicos, em reação ao stress. Contudo, há que tomar algum cuidado em considerar esta evidência

estatística uma vez que toma como comparação a desigualdade de 38 sujeitos do grupo de indivíduos normal para 5 do grupo com pontuações ao nível patológico. As pessoas do tipo histérico podem ser ingênuas e muito sugestivas, com uma vida fantástica muito ativa, que podem chegar a confundir com a realidade. São extrovertidas e superficiais nas suas relações interpessoais, o que não as impede de depender dos demais ou necessitar que lhes seja concedida atenção, aprove ou mostre afeto constantemente. Por sua vez, pontuações baixas encontram-se em ações elevadas correspondem a sujeitos com queixas somáticas, baseadas ou não em algum tipo de patologia física, insegurança e imaturidade. Apresentam, segundo o manual, tendência para utilizar os sintomas físicos para resolver ou evitar os próprios conflitos ou situações difíceis. Por sua vez, pontuações baixas, encontram-se em sujeitos pouco atraídos por relações sociais, conformistas, carentes de tato e com tendência ao isolamento.

Independentemente da relação de insatisfação com a imagem corporal e sintomas psicológicos, e apesar da evidência contraditória, a insatisfação com a imagem corporal tem sido encarada como capaz de desempenhar um papel significativo para motivar as pessoas a perder peso. Heinberg, Thompson e Matzon (2005) sugeriram que indivíduos com um grau moderado de insatisfação podem ser motivados a perder peso ou melhorar o estado de saúde mudando a sua dieta e atividade física. Em contraste, aqueles com um baixo nível de insatisfação podem não estar propensos a mudar estes comportamentos. Outro dado importante advém da possibilidade de que indivíduos obesos altamente insatisfeitos com o corpo possam por em causa a sua inabilidade de perder peso, desistindo e levando-os a não tentar uma alimentação saudável e a adquirir hábitos assíduos de atividade física. Através da análise descrita da variável insatisfação corporal, é possível verificar que na amostra em estudo a maioria (N=19) aponta um grau de insatisfação médio (2) sendo o maior grau de insatisfação corporal apontado por um indivíduo com Obesidade Mórbida.

Embora alguns indivíduos possam ser motivados a perder peso para melhorar sua saúde, a maioria das pessoas fá-lo para melhorar a aparência física. Mesmo entre os extremamente obesos que procuram a cirurgia bariátrica (que muitas vezes apresentam obesidade com sérios problemas de saúde relacionados comorbilidades como hipertensão, diabetes e artroses), melhorando a aparência, e não de saúde, é o principal motivador para perda de peso (Sarwer et al. 2005).

Relativamente aos participantes em estudo, sabe-se que estes foram aconselhados a frequentar o programa por nutricionistas, médicos e outros, que o fizeram por iniciativa própria, sendo desconhecido se questões de saúde se sobrepunham à aparência ou vice-versa. Quanto ao grau de insatisfação, este apenas poderia ser considerado como preditor da perda de peso e mudança de hábitos alimentares e de atividade física se tivesse havido oportunidade de tomar a mesma avaliação no final do programa, ficando este aspeto como elemento interessante a tomar em edições posteriores do mesmo.

A imagem corporal é um construto multidimensional, incluindo componentes do campo cognitivo/atitudinal, perceptual e comportamental (Rosen, Jones, Ramirez & Waxman,

1996), que devido a tal complexidade conceitual, torna difuso o seu estudo. A satisfação com a aparência e a preocupação excessiva com a mesma são duas medidas distintas da imagem corporal, que são inúmeras vezes entendidas como sinónimos. Contudo, enquanto a primeira recai mais numa dimensão de avaliação-afetiva, a segunda incide numa dimensão de investimento cognitivo-comportamental (Thompson, 2004).

Com base no Questionário da Insatisfação com a Imagem Corporal, que consiste em nove silhuetas de tamanho crescente, a partir das quais o indivíduo escolhe a sua silhueta atual e a sua silhueta ideal, Williamson, Gleaves, Watkins e Schlundt (1994) verificaram que quanto maior a diferença, maior a insatisfação corporal. Segundo Tomás et al. (2008), indivíduos com maior discrepância entre a silhueta atual e a ideal têm tendência para perder menos peso durante a intervenção e período de seguimento. Ao invés, os estudos que utilizaram o Questionário da Figura Corporal (que engloba 34 perguntas sobre a relação do próprio com o corpo) não encontraram associações entre esta medida e a perda/ganho de peso (Teixeira et al. 2002; Teixeira et al. 2004; Traverso, Ravera, Lagattolla, Testa & Adami, 2000; Bellace, 2005).

Uma das mais evidentes alterações que acontecem com o aumento da idade cronológica é a mudança nas dimensões corporais. Com o processo de envelhecimento, existem mudanças principalmente na estatura, no peso e na composição corporal. Apesar do alto componente genético no peso e na estatura dos indivíduos, outros fatores, como a dieta, a atividade física, fatores psicossociais e doenças, entre outros, estão envolvidos nas alterações desses dois componentes. Com essas mudanças no peso e na estatura, o índice de massa corporal (IMC) também se modifica com o transcorrer dos anos. De acordo com dados da população americana, os homens atingem seu máximo valor de IMC entre os 45 e 49 anos, apresentando em seguida um ligeiro declínio. Por outro lado, as mulheres somente atingem o pico entre os 60 e 70 anos, o que significa que continuam a aumentar de peso em relação à estatura, por mais 20 anos, depois dos homens terem estabilizado o seu valor (Matsudo, Matsudo & Neto, 2000). Este aspeto, para além dos relacionados com as formas físicas veiculadas pela sociedade idealizantes para o sexo masculino e feminino, é apontado por alguns autores como estando na base de uma maior insatisfação corporal nas mulheres (Villareal et al. 2011).

Na nossa investigação, descartamos a hipótese de averiguar a relação entre grau de insatisfação corporal e género devido à desigualdade de sujeitos para cada subgrupo, porém propusemo-nos, porém averiguamos a existência de diferenças significativas entre o nível de idade e o grau de insatisfação corporal. Apesar do grau de insatisfação ser maior nos indivíduos mais novos, tal associação não se envolveu de significância estatística e portanto, não nos permite retirar/formular inferências.

Tribess (2006) levou a cabo um estudo transversal que teve como objetivo verificar a associação da perceção da imagem corporal (através da escala de 9 silhuetas), classificação de IMC, nível de atividade física, indicadores de saúde e características sociodemográficas de

265 idosas com idades compreendidas entre os 60 e os 96. Quanto à percepção da imagem corporal, 54% das idosas estavam insatisfeitas, principalmente pelo excesso corporal (35,1%), que estava associada ao estado nutricional, no qual o aumento da categoria do IMC elevava o percentual de idosas insatisfeitas, mas não foi associada às características sociodemográficas, aos indicadores de saúde e atividade física. Entre as idosas satisfeitas e insatisfeitas não houve diferenças em relação ao nível de atividade física, idade e estatura, evidenciando-se apenas diferenças no IMC, nos quais as idosas satisfeitas apresentam uma mediana menor que as idosas insatisfeitas. A autora acrescenta ainda que em geral, a insatisfação com sua imagem corporal nesta amostra de idosas estava associada ao IMC, mas não ao nível de atividade física, à idade, à escolaridade, à dinâmica familiar, à classe económica, estatuto socioeconómico, à percepção de saúde ou a problemas de saúde referidos pelas idosas.

Por sua vez, Wardle e Fox (2002) acrescentam que, independentemente do valor de IMC atual é o início precoce de excesso de peso e obesidade que detém maior importância sobre a insatisfação corporal e mais propriamente sobre a autoestima.

Tal acaba por reforçar o facto de que, apesar da Imagem corporal e insatisfação corporal constituírem preditores de controlo de peso, a evidência é contraditória.

Segundo Bandura, as crenças de autoeficácia derivam da experiência individual, de experiências observacionais, da persuasão verbal e de sinais emocionais.

A Teoria da Autodeterminação tem sido referida como útil na previsão da manutenção de comportamentos relevantes para a melhoria da condição de saúde e na permanência em programas de promoção da saúde em geral (Bellace, 2005; Mestre, 2010). Segundo os autores o grau de autoeficácia do sujeito varia num largo espectro de situações, e prevê diferentes níveis de alterações terapêuticas no seio de programas de dieta e controlo de peso, sendo que a autoeficácia prediz uma maior intenção comportamental (Wolff & Clark, 2001; Annesi & Whitaker, 2010).

Assim relacionando com o constructo que é a autoeficácia, propusemo-nos a averiguar 3 aspetos: o grau de insatisfação corporal (H8), Experiências prévias Negativas com dietas (H9) e Existência de Problemas significativos (H10).

A autoeficácia pode referir-se a dimensões mais gerais ou específicas de um comportamento em particular, tendo sido debatido qual será a dimensão mais importante no contexto dos preditores de perda de peso. Contrariamente ao espectável, medidas mais gerais deste constructo têm exibido melhor valor preditivo em comparação com medidas mais específicas como, por exemplo, autoeficácia para o controlo do peso, alimentação ou exercício). Este aspeto pode estar relacionado com o facto dos comportamentos inerentes ao controlo do peso serem bastante complexos e completamente avaliados pelas medidas mais específicas atualmente disponíveis (Bellace, 2005).

Teixeira et al. (2005) realizaram uma revisão de artigos publicados, entre 1995 e 2004, sobre intervenções que incluíssem um componente comportamental. Os preditores estudados foram de natureza psicossocial, avaliados antes de iniciar o tratamento e associados ao controlo do peso (perda e/ou manutenção). Apesar do número limitado de estudos, verificou-

se a existência de consistência a um melhor controlo de peso relativamente às variáveis psicossociais como: tentativas de perda de peso prévias em menor número, maiores níveis de autoeficácia, automotivação e autonomia.

Pode afirmar-se que o número de tentativas prévias de perda de peso é um dos preditores mais consistentes no sucesso do tratamento comportamental da obesidade, relacionando-se de forma negativa com o peso perdido. Esta associação pode ser justificada por um conjunto de características (genéticas, psicológicas, fisiológicas) do sujeito que condiciona uma resistência ao processo de perda de peso e um ciclo vicioso de sucessivos fracassos e tentativas (Bautista-Castano, Molina-Cabrillana, Montoya-Alonso, Serra-Majem, 2004).

- **Limitações e Perspetivas Futuras**

Praticamente todas as associações hipotetizadas não permitiram que se verificasse associação estatística significativa, constituindo uma limitação a influência de outras variáveis.

A imagem corporal, por exemplo, é um assunto relacionado intrinsecamente com a personalidade, com histórias individuais, com aspetos culturais e pela interação com o meio envolvente (Kemp, 2007). Deste fato percebemos a impossibilidade de postularmos "leis" que possam ser tidas como realidade para todos os casos.

Vários trabalhos relacionaram uma maior perda de peso com uma maior autoeficácia geral (Dennis & Goldberg, 1996; Edell, Edington, Herd, O'Brien & Witkin, 1987; Bellace, 2005). Globalmente, a amostra do presente estudo contempla níveis de autoeficácia geral percebida elevados, contudo, um fator interessante poderia incidir na possibilidade de verificar se aqueles indivíduos com maiores pontuações na GSE, menos experiências prévias negativas com dietas e que não apontaram a existência de problemas significativos foram os que se mantiveram no programa e obtiveram melhores resultados na perda e manutenção do peso.

São vários programas de intervenção, destinados à população infantil e adulta, que visam o aumento de conhecimento sobre o excesso de peso e obesidade têm demonstrado resultados favoráveis e desfavoráveis à mudança de comportamento (Caballero et al. 2003); Ross et al. 2012; Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2006).

Estes ao fomentar a compreensão dos aspetos fundamentais no controlo de peso têm como objetivo primordial a mudança comportamental e aquisição de hábitos de vida saudável a curto e a longo prazo.

Tendo presente que diversos fatores de ordem psicossocial contribuem para dificultar as mudanças no estilo de vida, especialmente no que concerne aos hábitos alimentares, e parecendo relacionar-se com o desenvolvimento da obesidade, o programa PESO aborda nas suas sessões expositivas aspetos que promovam alterações estáveis dos hábitos dos seus participantes, sendo estes: a desinibição, a restrição alimentar, a restrição alimentar flexível

e rígida, a percepção de fome, a alimentação externa e emocional, a resposta alimentar a estímulos de raiva/frustração, ansiedade e depressão e autoeficácia alimentar (Coutinho, 2010). É certo que as sessões do programa e da discussão ativa entre os participantes acerca das mesmas, permite inferir que uma maior conscientização sobre estes foi alcançada. Porém, fica a dúvida se esta curta intervenção gerou realmente uma promoção de hábitos saudáveis em relação à atividade física e nutrição, e se os ganhos alcançados durante o programa na redução de peso e melhoria de qualidade de vida e saúde permaneceram para além do vínculo presencial dos participantes nas sessões.

A influência relativa da obesidade sobre a esperança média de vida das gerações futuras pode ser claramente pior do que aquela que é considerada para as gerações atuais. Prevê-se que, como resultado do aumento substancial na prevalência da obesidade esta diminua, aumentando o risco de comorbilidades como da diabetes.

Segundo Clark e Goldenstein (1995) os sujeitos que apresentem 20% de excesso de peso devem realizar um tratamento assente nas mudanças de estilo de vida; entre 20 e 40% um acompanhamento nutricional, entre 40 e 100% programas nutricionais com acompanhamento hospitalar e, acima de 100% cirurgia. Todavia, apesar de na literatura serem apresentadas diferentes razões etiológicas e epidemiológicas entre género, e diferentes classificações de IMC, as amostras de todos os estudos analisados, leia-se na população adulta, eram constituídas maioritariamente ou unicamente por participantes do sexo feminino e, nos programas estruturados de intervenção todos os participantes se encontravam com um IMC igual ou superior a Obesidade de Grau I. Tal leva-nos a querer que o excesso de peso acaba por ser desvalorizado, quer pelo próprio indivíduo quer pelos profissionais de saúde, não sendo portanto cumprido o proferido acima por Clark e Goldenstein mas incidindo as intervenções ao um nível terciário e não preventivo ou primário.

Relativamente à participação ponderal do sexo feminino em comparação com o sexo masculino, em investigações nacionais e internacionais, e verificando-se tal também na amostra em estudo, Bellace (2005) aponta como explicação para tal o facto do sexo feminino constituir um fator de risco ao ganho ponderal de peso ao longo da vida.

À semelhança do que tem acontecido com outras doenças crónicas, à medida que melhora a capacidade de avaliação dos fatores associados ao desenvolvimento da obesidade, também o conhecimento sobre a doença vai aumentando.

A pluralidade de instrumentos na avaliação das variáveis psicossociais que possam minar o controlo de peso é vasta, ainda assim, a sua aplicação surge na investigação, em grupos controlados e, nos casos mais graves, para ser concedida ou não cirurgia bariátrica. Mas e para além destes casos, quais são os instrumentos utilizados por médicos, psicólogos ou outros profissionais de saúde aquando uma consulta de avaliação da manutenção de peso e mudança comportamental com um paciente com excesso de peso e obesidade? Segundo Wolf (2002), a medição de variáveis que envolvem a complexidade do “motivo da consulta” dependerá em muito da experiência do próprio técnico de saúde, pelo que geralmente as

alterações do peso corporal e IMC são as medidas utilizadas para avaliar a eficácia dessa mudança, deixando para segundo plano o impacto multidimensional do tratamento.

Uma condição *sine qua non* para uma intervenção a três níveis (primário, secundário e terciário) no combate a este flagelo que é a obesidade e que se instala de modo cada vez mais precoce nas camadas mais jovens de cada sociedade, passará pelo desenvolvimento coletivo de políticas públicas que promovam a saúde e a qualidade de vida das populações

Apesar da presente investigação enfatizar a necessidade de monitorização e gestão do controlo de peso e dieta saudável dos pacientes de modo idiossincrático e atendendo às variáveis sociodemográficas dos mesmos, que influenciam a interpretação dos próprios dados obtidos: a amostra foi composta por candidatos maioritariamente do sexo feminino, residentes na região da Cova da Beira, com estatuto sociodemográfico díspar, experiências prévias de vida distintas e cujo intervalo de IMC e idades era bastante variado, tomando as características enumeradas e a desigualdade geográfica a incapacidade de refletir a população geral.

Constitui também uma dificuldade a comparação de dados obtidos entre diferentes estudos e medidas. Na literatura, para a avaliação de um mesmo constructo ou constructos correlacionados são administrados diferentes instrumentos. A nosso ver, a contrariedade de conclusões, dever-se-á em parte por se tomarem por comparação estudos com *designs* diferentes e que diferem também na escolha dos instrumentos a aplicar para a medição de determinado constructo. Por exemplo, para a avaliação do funcionamento psicológico/comorbilidades psiquiátricas surgem na literatura referências à aplicação de: Inventário multifásico da personalidade de Minnesota - MMPI2 (1989) de Hathaway & Mckinley e Mini - Mult (versão reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI); Questionário Fatorial da Personalidade (16PF) de Cattell, composto por 185 itens que avaliam 16 traços primários da personalidade sendo que a combinação destes permite obter resultados para cinco fatores de segunda ordem: extroversão, ansiedade, dureza independência e auto-controlo; Inventário da Personalidade Neo-Revisto -NEO-PI-R de Costa & McCrae; Inventário de Personalidade de Eysenck - EPI, que avalia duas dimensões da personalidade: neuroticismo e extroversão; Inventário Clínico Multiaxial de Millon - MMCI-II, composto por 175 itens permite obter 10 escalas básicas de personalidade, três de personalidade patológica, quatro de fidelidade e validade, seis de síndromas clínicos de gravidade moderada e três de gravidade severa e Inventário de Depressão de Beck (BDI). No caso da avaliação do estilo alimentar são enumerados os seguintes: Three-Factor Eating Questionnaire” - TEQ de Stunkard & Messick (1985) que combina a classificação adotada no questionário com as escalas de desinibição e suscetibilidade à fome avaliando três dimensões do comportamento alimentar: restrição cognitiva, desinibição e fome percebida; Eating Disorders Inventory - EDI2 de Garner (1990) que permite obter um perfil psicológico apesar de ser um questionário utilizado para medir características psicológicas associadas à anorexia e bulimia nervosas; Restraint Scale - RS de Herman & Polivy (1980) que classifica os indivíduos ao longo de um

continuo restrição/não restrição avaliando os processos cognitivos requeridos para restringir a ingestão independentemente de possíveis perturbações psicológicas; o Questionário holandês do comportamento Alimentar (DEBQ) e o Eating Attitudes Test (EAT-40) de 1979 e EAT-26 (versão reduzida) permitem obter um índice de gravidade de preocupações em sujeitos com perturbação alimentar, indica a presença de padrões alimentares anormais mas não revela a possível psicopatologia subjacente.

O leque de instrumentos psicológicos para a avaliação da imagem corporal é também amplo, tendo-se verificado referências a: Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper e colaboradores (1987) que permite avaliar o nível de ansiedade que os sujeitos experimentam em relação ao corpo fornecendo uma avaliação das perturbações da imagem corporal em população clínicas e não clínicas; Desenho da Figura Humana; Escalas de Silhuetas crescentes de 1 a 9 e o Body Self Relations Questionnaire (BSRQ) de Winstead e Cash (1994) que mede as preocupações com a forma e o corpo.

No que concerne à variável autoeficácia, as opiniões divergem relativamente à avaliação deste constructo de modo específico (alimentação, exercício, peso...), sendo consensual na bibliografia consultada a utilização da GSE para a avaliação da autoeficácia geral percebida.

#### ○ Conclusão

Em sumula, em Portugal emerge a necessidade de investigações que consolidem resultados, que analisem variáveis como o funcionamento psicológico, comportamento alimentar, autoeficácia e imagem corporal na população masculina e em indivíduos com menor IMC uma vez que as consequências negativas para a saúde física e psicológica do indivíduo são superiores para valores superiores a 25 kg/m e não apenas para valores superiores a 35 ou 40.

O objetivo é necessariamente a implementação de tratamentos que visem a perda de peso e saúde física e psicológica, acreditando Shaw, O'Rourke, Mar e Kenardy (2006) que é possível a sua introdução, de modo breve e satisfatório, nos cuidados de saúde primários.

Tal é corroborado pelo relatório da Ordem dos psicólogos portugueses (2011) acerca da Evidência científica sobre os custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde onde é enaltecida a importância do estabelecimento de intervenções curtas (de orientação cognitivo-comportamental) no acompanhamento de casos de saúde mental e na sua associação a estilos de vida pouco saudáveis como é o caso da obesidade evitando assim, o crescimento acentuado em termos de prevalência e fomentando a mudança comportamental para um estilo de vida mais saudável determinando uma melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Assim seria possível para aumentar a motivação das pessoas para aderirem a um tratamento psicológico para perda de peso, assim seria possível promover uma instrumentalização mais eficiente dos profissionais de saúde para o tratamento da obesidade

no nível individual e familiar, intervir a um nível preventivo, fomentar a multidisciplinaridade, para mais e melhor combater este problema de saúde pública considerado como a epidemia mundial pela OMS.

## Referências Bibliográficas

### A

- Agras, W. S. & Apple, R. F. (2002). Understanding and Treating Eating Disorders. In Kaslow, F. W., *Comprehensive Handbook of Psychotherapy* (pp. 189-210). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (2000). *Obesidad: un desafío pendiente*. Santiago de Chile: Editorial Universitária.
- Almeida, V. (2009). *Fatores de Motivação para o emagrecimento em adultos obesos*. (Monografia de Licenciatura não publicada). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto.
- Andrade, A. M., Coutinho, S. R., Silva, M. N., Mata, J., Vieira, P. N., Minderico, C. S., ... & Teixeira, P. J. (2010). The effect of physical activity on weight loss is mediated by eating self-regulation. *Patient Education and Counseling*, 79, 320-326.
- Annesi, J. J. & Whitaker, A. C. (2010). Psychological Factors Discriminating Between Successful and Unsuccessful Weight Loss in a Behavioral Exercise and Nutrition Education Treatment. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(3), 168-175.
- Annis, N. M., Cash, T. F. & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image* 1, 155-167.
- Anton, S. D., Perri, M. G. & Riley, J. R. (2000). Discrepancy between actual and ideal body images Impact on eating and exercise behaviors. *Eating Behaviors*, 1, 153-160.

### B

- Bautista-Castano, I., Molina-Cabrillana, J., Montoya-Alonso, J. A. & Serra-Majem, L. (2004) Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 28(5), 697-705.
- Bellace, D. L. (2005). *Predictors of Attrition and Weight Loss in Obese Treatment-Seeking Males and Females*. (Tese de Doutorado não publicada). Faculty of Drexel University, Philadelphia.
- Benson, S., Arck, P. C., Tanc, S., Mann, K., Hahn, S., Janssen, O. E., Schedlowski, M. & Elsenbruch, S. (2009). Effects of obesity on neuroendocrine, cardiovascular, and immune cell responses to acute psychosocial stress in premenopausal women *Psychoneuroendocrinology*, 34, 181–189.
- Blázquez, V. G., Lauffer, J. C., Gutiérrez del Álamo, J. Q, Moreno, G. & Moreno, C. (2003). Aspectos clínicos de la Obesidade. In A. Moreno (Ed.), *Transtornos de la Conducta Alimentaria: anorexia, Bulimia nerviosas, Obesidade y Atracones* (pp. 253-266). Barcelona: Masson.

Bryan, J. & Tiggemann, M. (2001). The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite*, 36(2), 147-156.

## C

Cabaco, A. S., Colás, I. C., Hage, S. & Loureiro, M. J. (2002). Selectividade atencional e predisposição emocional face a estímulos do comportamento alimentar: Dimensões transculturais. *Análise Psicológica*, 4 (20), 625-636.

Caballero, B., Clay, T., Davis, S. M., Ethelbah, B., Rock, B.H., Lohman, T. et al. (2003). Pathways: a schoolbased, randomized controlled trial for the prevention of obesity in American Indian schoolchildren. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78(5), 1030-1038.

Campbell, M. K., Resnicow, K., Carr, C., Wang, T., & Williams, A. (2007). Process evaluation of an effective church-based diet intervention: Body & Soul. *Health Education and Behavior*, 34(6), 864-880.

Cambraia, R.P.B. (2004). Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, 17(2), 217-225.

Carmo, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa: ISPA.

Carmo, I., Carreira, M., Almeida, M. D., Reis, L., Medina, L., & Galvão-Teles, A. (2000). Prevalence of obesity in portuguese population. *International Journal Obesity*, 24(Suppl.1), 91.

Carmo, I. d., Fagundes, M. J. & Camolas, J. (2008). Cirurgia Bariátrica. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 4(2), 43 - 50.

Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., ...Galvão-Teles, A. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*, 7, 233-237.

Clark, M. M. & Goldenstein, M. G. (1995). Obesity, a health psychology perspective. In A. J. Goreczny (Ed.), *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology* (pp. 157-169). Nova Iorque.

Clerget, S. (2009). *Quilos Emocionais - A influência das emoções no aumento de peso*. Lisboa: Sinais de Fogo.

Coimbra, S. & Fontaine, A. (1999). Adaptação da escala de Autoeficácia Geral Percebida (Schwarzer & Jerusalém). In A. Soares, S. Araújo & S. Caíres (Orgs). *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp. 1061-1069). Braga: Apport.

Conrad, S. W. (1954). The psychological implications of overeating. *Psychiatric Quarterly*, 28, 211-224.

Coutinho, S. (2010). *Metodologia de Avaliação da Ingestão Nutricional e Comportamentos Alimentares Associados num Programa de Tratamento da Obesidade* (Dissertação de Mestrado em saúde comunitária não publicada). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

- Crumpton, E., Wine, D. B., & Groot, H. (1966). MMPI profiles of obese men and six other diagnostic categories. *Psychological Reports*, 19(3), 1110.
- Cubero, N. S. & Fusté, J.M.R. (1986). *MMPI - Suplemento Técnico e Interpretação Clínica (2ed.)*. Madrid: TEA Ediciones S. A.
- Cunha, J. A. (2000). Inventário Multifásico da Personalidade. In J. A. Cunha e colaboradores (Ed.), *Psicodiagnóstico V*. São Paulo: Artmed.

## D

- Damasceno, V. O., Vianna, V. R. A., Lacio, M., Lima, J. R. P. & Novaes, J. S. (2006). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista brasileira Ci e Movimento*, 14(1), 87-96.
- Deci, E. L., & Ryan, R.M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23.
- Dennis, K.E. &Goldberg, A.P. (1996). Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addictive Behaviors*, 21(1):103-16.
- Dias, P., Reis, R., Parente, F., Silva, J. M. & Moura, J. J. (2005). Evolução do peso numa consulta de dislipidemias. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 4(12).
- Didie, E.R. & Fitzgibbon, M.(2005). Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor?. *Eating Behaviors*, 6, 35-41.
- Dijkstra, P. & Barelds, D. (2011). Women's meta-perceptions of attractiveness and their relations to body image. *Body Image*, 8, 74-77.
- Direcção Geral de Saúde. (2005). Acedido a 30 de Maio de 2008 em [http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/ProgramaNacional\\_De\\_Combate\\_Obesidade\\_2005.pdf](http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/ProgramaNacional_De_Combate_Obesidade_2005.pdf) .
- Duperly, J.(2000). *Obesidad: un enfoque integral*. Santafé de Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario.

## E

- Edell, B.H., Edington, S., Herd, B., O'Brien, R.M.& Witkin, G. (1987). Self-efficacy and self-motivation as predictors of weight loss. *Addictive Behaviors*, 12(1), 63-66.
- Elfhag, K. & Erlanson-Albertsson, C. (2006). Sweet and fat taste preference in obesity have different associations with personality and eating behavior. *Physiology & Behavior*, 88, 61-66.
- Elfhag, K. & Morey, L.C.(2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9, 285-293.
- Esteban, B. M., Megías, S. M. & Hernández, J. A. (2000). *Obesidad - La epidemia del siglo XXI (2ªEd.)*. Madrid: Editorial Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Evaristo, O. S. F. (2010). *Hábitos de ingestão nutricional, imagem corporal e a sua relação com o índice de Massa Corporal*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Deporto da Universidade do Porto, Porto.

## F

Faith, M. & Allison, D. (2000). Assessment of psychological status among obese persons. In J. K. Thompson (Ed.). *Body Image, Eating Disorders, and Obesity* (3rd ed.) (pp.365-388). Washington: American Psychological Association.

Fandiñoa, J., Moreira, R.O., Preissler, C., Gayab, C.W., Papelbauma, M., Coutinho, W.F. & Appolinario, J.C. (2010). Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 110-114.

Fermino, R. C., Garganta, R., Seabra, A. & Maia, J. A. R. (2007). Efeitos Genéticos e ambientais nos indicadores da composição corporal. Uma revisão centrada em estudos de agregação familiar. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 9(4):414-423.

Ferreira, M. F., Sobrinho, L.G., Pires, J. S., Silva, M.E. S., Santos, M. A. & Sousa, M. F. F. (1995). Endocrine and psychological evaluation of women with recent weight gain. *Psychoneuroendocrinology*, 1(20), 53-63.

Fitzgibbon, M. L., Blackman, L. R. & Avellone, M. E. (2000). The Relationship Between Body Image Discrepancy and Body Mass Index Across Ethnic Groups. *Obesity Research*, 8(8).

Fitzgibbon, M. L. & Kirschenbaum, D. S. (1990). Heterogeneity of Clinical presentation among obese individuals seeking treatment. *Addictive Behavior*, 15(3), 291-295.

Freitas, C. M., Lima, R.B., Costa, A. S. & Filho, A. (2010). O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. *Revista Brasileira de Educação Física*, 3(24), 389-404.

Fogelholm, M., Kukkonen-Harjula, K. & Oja, P. (1999). Eating control and physical activity as determinants of short-term weight maintenance after a very-low-calorie diet among obese women. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 23(2):203-10.

Furnham, A., Badmn, N. & Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology*, 136(6), 581-596.

## G

Galhordas, J. G. A. (2000). *O adolescente que faz uma tentativa de suicídio e o seu processo de autonomia*. (Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Ginis, K. A., Eng, J. J., Arbour, K. P., Hartman, J. W. & Phillips, S. M. (2005). Mind over muscle? Sex differences in the relationship between body image change and subjective and objective physical changes following a 12-week strength-training program. *Body Image*, 2, 363-372.
- Giovannelli, T. S., Cash, T. F., Henson, J. M. & Engle, E. K. (2008). The measurement of body-image dissatisfaction-satisfaction: Is rating importance important? *Body Image*, 5, 216-223.
- Gladis, M.M., Wadden, T.A., Vogt, R., Foster, G., Kuehnel, R.H. & Bartlett, S.J. (1998) Behavioral treatment of obese binge eaters: do they need different care? *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 375-384.
- Golay, A., Hagon, I., Painot, D., Rouget, P., Allaz, A.F., Morel, Y., Nicolet, J. & Archinard, M. (1997). Personalities and alimentary behaviors in obese patients. *Patient Education and Counseling*, 31, 103-112.
- Gonçalves, M. P. & Alchieri, J. C. (2010). Motivação à prática de atividades físicas: um estudo com praticantes não-atletas. *Psico-USF*, 1(15), 125-134.
- Gonçalves, M. J. & Rodrigues, E. (1998). As perturbações alimentares precoces e a sua avaliação. *Análise Psicológica*, 1(16), 127-138.
- Grave, R.D., Calugi, S., Petroni, M. L., Domizio, S. & Marchesini, G. (2010). Weight management, psychological distress and binge eating in obesity. A reappraisal of the problem. *Appetite*, 54, 269-273.
- Grogan, S. (2008). *Body Image Understanding body dissatisfaction in men, women, and children (2<sup>nd</sup> Ed.)*. Canada: Routledge.
- Güenter, R. (2000). A obesidade Feminina. *Análise Psicológica*, 1(18), 59-70.
- Guimarães, S. E. R. & Bzuneck, J. A. (2008). Propriedades psicométricas de um instrumento para avaliação da motivação de universitários. *Ciências & Cognição*, 13(1), 101-113.

## H

- Hassink, S. G. (2009). Weighing risk: the Expert Committee's recommendations in practice. *Seminars in Pediatric Surgery*, 18, 159-167.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108.
- Heinberg, L. J., Thompson, J.K., Matzon, J.L.(2005). Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: is some distress beneficial? In: Stiegel-Moore RH, Smolak L, editors. *Eating disorders: innovative directions in research and practice*. Washington (DC): American Psychological Association; 2005.
- Hernani, K. N. (2001). Aspectos psiquiátricos de la obesidade. In E. Garcia-Camba (Ed.). *Avances en transtornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, Obesidad* (pp. 347-364). Barcelona: Masson.

Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Langkafel, M., Senf, W., & Heberbrand, J. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity*, 27, 1300-1314.

Hutzler, J.C., Keen, J., Molinari, V.I. & Carey, L. (1981). Superobesity: a psychiatric profile of patients electing gastric stapling for the treatment of morbid obesity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 458-462.

## I

Institute of Medicine (1995). *Weighing the Options: Criteria for Evaluating Weight-Management Programs*. National Academy Press: Washington, DC.

## J

Johnson, S., Swenson, W., & Gastineau, C. (1976). Personality Characteristics in obesity: relation of MMPI profile and age of onset of obesity to success in weight reduction. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 29, 626-632.

Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde - Desenvolvimento e Intervenção*. Lisboa: Edições ASA.

## K

Kakeshita, I. S., Silva, A. I. P., Zanatta, D. P. & Almeida, S. S. (2009). Construção e Fidedignidade Teste-Reteste de Escalas de Silhuetas Brasileiras para Adultos e Crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2(25), 263-270.

Karlsson, J., Sjostrom, L. & Sullivan, M. (1998). Swedish Obese Subjects (SOS) - an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of obesity*, 22, 113-126.

Kemp, S. L. (2007). Body dissatisfaction and Self-efficacy in college female social groups. Acedido em 20 de Abril de 2012, em <http://www.luther.edu/sociology/seniorproject/2007/>.

Kern, L.S., Friedman, K.E., Reichmann, S.K., Costanzo, P.R. & Musante, G.J.(2002). Changing eating behavior A preliminary study to consider broader measures of weight control treatment success. *Eating Behaviors*, 3, 113-121.

Kiefer, I., Rathmanner, T. & Kunze, M. (2005). Eating and dieting differences in men and women. *JMHG*, 2(2), 194-201.

Kincannon, J.C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 319-325.

Kinder, B. N., Walfish, S., Young, M. S., & Fairweather, A. (2008). MMPI-2 profiles of bariatric surgery patients: A replication and extension. *Obesity Surgery*, 18, 1170-1179

## L

- Larsen, F. & Torgersen, S. (1989). Personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective study. *Journal of Psychosomatic Resource*, 33, 323-334.
- Lauer, J. B., Wampler, R. & Lantz, J. B. (1996). MMPI Profiles of Female Candidates for Obesity Surgery: A Cluster Analytic Approach. *Obesity Surgery*, 6(1), 28-37.
- Lopo, T. (2002). *Laços afetivos maternos na alergia alimentar*. (Dissertação de Mestrado não Publicada). Instituto Superior de psicologia aplicada, Lisboa.
- Lopes, P., Barreira, D. P. & Pires, A. M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: Avaliação do efeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 47-57.
- Loureiro, M. G. d. P. d. S. (2009). *Validação da escala do Center for Epidemiologic Studies of Depression - CES-D numa população clinica de idosos*. (Dissertação de Mestrado em Geriatria não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lloyd-Richardson, E. E., King, T. K., Forsyth, L.H. & Clark, M. M. (2000). Body image evaluations in obese females with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 1, 161-171.
- Lluch, A., Herbeth, B., Méjean, L. & Siest, G. (2000). Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas Family Study. *International journal of Obesity and Related Metabolic disorders*, 24(11), 1493-1499.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five Countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.

## M

- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Persico, M., Bleecker, F., & VanArsdall, G. (1997). Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of morbidly obese. *Obesity Surgery*, 7, 397-404
- Maddi, S. R., Fox, S. R., Khoshaba, D. M., Harvey, R. H., Lu, J. L., & Persico, M. (2001). Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 11(6), 680-685.
- Madrigal, H., Estévez, J. I., González, M.A., Kearney, J., Gibney, M. & Hernández, J.A. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública México*, 41, 479-486.
- Madrigal, H., Sanchez-Villegas, A., Martínez-González, M.A., Kearney, J., Gibney, M.J. & Irala, J. (2000). Underestimation of body mass index through perceived body image

as compared to self-reported body mass index in the European Union. *Journal of Public Health*, 114(6), 468-473.

- Markowitz, S., Friedman, M. & Arent, S. (2008). Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanism and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 1-20.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Mash, R. M. & Grilo, C. M. (2006). Eating patterns and breakfast consumption in obese patients with binge eating disorder. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1545-1553.
- Mathew, B., Francis, L., Kayalar, A. & Cone, J. (2008). Obesity: Effects on Cardiovascular Disease and its Diagnosis. *Journal of American Board Familiar Practice*, 6(21).
- Matsudo, S.M., Matsudo, V.K.R. e Barros Neto, T.L. (2000). Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8 (4), 21-32.
- Mestre, S., & Pais-Ribeiro, J. (2010). Estudo do indivíduo obeso: relação entre adesão e satisfação com os cuidados médicos. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1262-1270). Acedido a 10 de Março de 2012 em <http://www.actassnip2010.com>.
- Mestre, S. A. Z. V. (2011). *A importância da motivação no tratamento da obesidade em jovens adultos*. (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Minniti, A., Bissoli, L., Francesco, V., Olivieri, M., Mandragona, R., Mazzali, G., Fontana, G., Corzato, F., Costa, A., Bosello, O. & Zamboni, M. (2011). Comparison of physical and psychological status in younger and older overweight-obese women. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 21, 909-914.
- Moldovan, A. R. & David, D. (2011). Effect of obesity treatments on eating behavior: Psychosocial interventions versus surgical interventions. A systematic review. *Eating Behaviors*, 12, 161-167.
- Myers, D.G. (1996). *Cognición Social y Bienestar Humano* (pp. 151-180). In D.G. Myers (Ed.), *Psicología Social*. México: McGraw-Hill.

## N

- Neto, F. (1998). Crenças de controlo e Atribuições. In F. Neto (Ed.) *Psicologia Social* (Vol. I). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neumark-Sztainer, D. & Haines, J. (2004). Psychosocial and Behavioral Consequences of Obesity. In J.K. Thompson (ed.), *Handbook of Eating Disorders and Obesity* (pp.349-71) Harvard: Harvard Pilgrim Healthcare.

- Nobre, E. L., Jorge, Z., Macedo, A. & Castro, J. (2004). Tendências do peso em Portugal no final do século XX. Estudo de coorte de jovens do sexo masculino. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 205-209.
- Nunes, R., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Auto-eficácia Geral Percepcionada*. Acedido a 2 de Novembro de 2011, em [http://web.fuberlin.de/gesund/skalen/Language\\_Selection/Portuguese/AutoEficacia\\_Geral\\_Percepcion/hauptteil\\_auto-eficacia\\_geral\\_percepcion.htm](http://web.fuberlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Portuguese/AutoEficacia_Geral_Percepcion/hauptteil_auto-eficacia_geral_percepcion.htm) .

## O

- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ªEd.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Evidência do Custo-Efectividade da Intervenção Psicológica*. Acedido em 20 de Janeiro de 2012, em [https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1\\_evidencia\\_cientifica\\_sobre\\_custo\\_efectividad\\_de\\_intervencao\\_psicologicas\\_em\\_cuidados\\_de\\_saude.pdf](https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efectividad_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf) .
- Orzano, A. J. & Scott, J. G. (2004). Diagnosis and Treatment of Obesity in Adults: An Applied Evidence-Based Review. *Journal of American Board Family Practice*, 5(17), 359-369.

## P

- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.
- Palmeira, A. J. L. d. S. (2009). *Preditores Psicossociais, exercício físico e sucesso num programa de controlo do peso*. (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Panfilis, C. d., Torre, M., Cero, S., Salvatore, P., Dall'Aglio, E., Marchesi, C., Cabrino, C., Aprile, S. & Maggini, C. (2008). Personality and attrition from behavioral weight-loss treatment for obesity. *General Hospital Psychiatry*, 30, 515-520.
- Pastor, M. R. T. A. (2009). *Obesidad: Problemas y Soluciones*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1999). Distress and eating: why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders*, 26, 153-164.
- Prather, R. C., & Williamson, D. A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge eating, and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 7(2), 177-184.
- Prevos, P. (2005). *Differences in Body Image Between Men and Women*. Acedido a 15 de Dezembro de 2011 em <http://www.med.monash.edu.au/psych/ol/vl/psy11body/psy11.html>.

Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.

## R

Ramos, M. & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria, Suplemento 3*.

Rebelo, A. & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3(25), 467-477.

Rebelo, A., Reis, E. & Vicente, A. (2008). Obesidade mórbida: Caracterização dos utentes da consulta de Psicologia/Obesidade do Hospital Pulido Valente, EPE. Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Acedido a 13 de Abril de 2012 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21006/2/61908.pdf> .

Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill (pp.1-26).

Ribeiro, C. (2000). Em torno do Conceito Locus de Controlo. *Máthesis*, 9, 297-314.

Rosen, J. C. (1997). Obesity and body image (Capítulo 72, pp. 399-402). In C. G. Fairbun & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity second edition a comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.

Rosen, J. C., Jones A., Ramirez, E. & Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 315-319.

Ross, R., Lam, M., Blair, S., Church, T., Godwin, M., Hotz, S., Johnson, A., Katzmarzyk, P., Levesque, L. & MacDonald, S. (2012). Trial of Prevention and Reduction of Obesity Through Active Living in Clinical Settings: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*, 172(5), 414-424.

Rotenberg, S. & Vargas, S. (2004). Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, 4(1).

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Selfdetermination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

## S

Sarafino, E. & Smith, T. (2012). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions (7ndEd.)*. Hoboken: John Wiley & sons, Inc.

Sarwer, D. B., Thompson, K. & Cash, T. (2005). Body Image and Obesity in Adulthood. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 69-87.

Schembre, S., Greene, G. & Melanson, K. (2009). Development and validation of a weight-related eating questionnaire. *Eating Behaviors*, 10, 119-124.

Schwartz, M. B. & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43-56.

- Schwarzer, R. (2009). *Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask*. Acedido a 2 de Novembro de 2011 em [http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq\\_gse.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq_gse.pdf) .
- Segal, A. (2004). *A obesidade não tem cura mas tem tratamento*. Rio de Janeiro: Editorial Prestigio.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2006). Psychological interventions for overweight or obesity (Review). Acedido a 25 de Maio de 2012 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003818.pub2/> .
- Sherwood, N. E., Jeffery, R.W., Wing, R. R. (1999). Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 23(5), 485-493.
- Showers, C. J., & Larson, B. E. (1999). Looking at body image: The organization of selfknowledge about physical appearance and its relation to disordered eating. *Journal of Personality*, 67, 659-700.
- Silva, M. N. (2010). *Predictors of Exercise Adherence and Weight Control: An Application of Self-Determination Theory*. (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Silva, M. N., Markland, D., Minderico, C. S., Vieira, P. N., Castro M. M., Coutinho, S. R., et al. (2008). A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health*, 8, 234-247.
- Sousa, C. A. M. d. (2010a). O papel da mudança comportamental no tratamento da Obesidade. (Monografia não publicada). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto.
- Sousa, M. T. d. S. R. d. (2010). *Preditores psicossociais do controlo do peso na obesidade*. (Monografia não publicada). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto.
- Stenzel, L. M. (2002). *Obesidade: o peso da exclusão*. Acedido a 5 de Dezembro de 2011 em <http://books.google.pt/books?id=KWC50drsXVUC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Strachan, M. D. & Cash, T. C. (2002). Self-Help for a Negative Body Image: A Comparison of Components of a Cognitive-Behavioral Program. *Behavior Therapy*, 33, 235-251.
- Stunkard, A. (2000). Old and new scales for the assessment of body image. *Perceptual and Motor Skills*, 90.
- Sullivan, S., Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Klein, S. (2007). Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity*, 31, 669-674.
- Sussman, A. L. & Williams, R. L. (2008). Self Determination Theory and Preventive Care Delivery: A Research Involving Outpatient Settings Network (RIOS Net) Study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 4(21).

## T

- Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E.C., Martin, C.J., Metcalfe, L. L., Finkenthal, N.R., Blew, R. M., Sardinha, L. B. & Lohman, T.G. (2002). Weight loss readiness in middle-aged women: psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6),499-523.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Metcalfe, L. L., Blew, R. M., Sardinha, L. B. & Lohman, T. G. (2004). Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28(9), 1124-33.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B. & Lohman, T. G. (2005). A review of psychosocial pretreatment predictors of weight control. *Obesity Review*, 6(1),43-65.
- Thompson, J. K. (2004). The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1(1), 7-14.
- Tiggeman, M., & Pennington, B. (1996). The development of gender differences in body size dissatisfaction. *Australian Psychologist*, 25, 306-313.
- Tomás, R., Teixeira, P. J., Silva, M. N., Vieira, P. N., Santos, T., Minderico, C. S., Castro, M. M., Coutinho, S., Marcelino, M., Carraca, E. & Sardinha, L. B. (2008). Body Image and Quality of Life Predict Success in a 12-Month Weight Control Program. *Medicine and science in sports and exercise*, 40(5), Supl.84.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C. & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3(22), 533-550.
- Traverso, A., Ravera, G., Lagattolla, V., Testa, S., Adami, G. F. (2000). Weight loss after dieting with behavioral modification for obesity: the predicting efficiency of some psychometric data. *Eating and Weight Disorders*, 5(2), 102-107.
- Tribess, S. (2006). *Percepção da imagem corporal e fatores relacionados à saúde em idosas*. (Tese de Mestrado em Educação Física não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.
- Tsushima, W. T., Bridenstine, M. P., & Balfour, J. F. (2004). MMPI-2 scores in the outcome prediction of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 14, 528-532.

## V

- Valenti, M. P., Omizo, M. M. & Madrona, L. (2011). Personality and Obese Body Mass Index. *The New School Psychology Bulletin*, 9(1), 34-38.
- Van Strien, T., Herman, C. P. & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*, 52(2):380-387.

- Van Strien, T. & Schippers, G. M. (1995). On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addictive Behaviors*, 5(20), 585-594.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20 (4), 611-624.
- Viana, V. & Sinde, S. (2003). Estilo Alimentar: adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 59-71.
- Viana, V. & Sinde, S. (2003a). O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (D.E.B.Q.). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 99-112). Coimbra: Quarteto.
- Vilaça, C. T. P. (2008). *Dietas hipoglucídicas e hiperproteicas: efeitos na sensibilidade à insulina em adultos pré-obesos/obesos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Villareal, D. T., M. D., Chode, S., Parimi, N. Sinacore, D. R., Hilton, T., Armamento-Villareal, R., Napoli, N. Qualls, C. & Shah, K. (2011). Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults. *The new english journal o f medicine*, 364,1218-1229.

## W

- Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (2004). Handbook Of Obesity Treatment. Acedido a 2 de Dezembro de 2011 em <http://books.google.pt/books?id=yXJFfH3OHyIC&lr=&hl=pt-PT>.
- Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43, 39-46.
- Wallis, D. J. & Hetherington, M. M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52, 355-362.
- Wamsteker, E. W., Geenen, R., Lestra, J., Larsen, J. K., Zelissen, P. M. J., & Staveren, W. A. V. (2005). Obesity-related beliefs predict weight loss after an 8-week low-calorie diet. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(3), 441-444.
- Wardle, J. (1987). Eating Style: A validation study of the Dutch Eating Behavior Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of psychosomatic Research*, 31, 161-169.
- Wardle, J. & Fox, E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors*, 27, 561-573.
- Washington, R. (2008). Overview of the expert committee's recommendations for prevention, diagnosis, and treatment of child and adolescent obesity. *Progress in Pediatric Cardiology*, 25, 125-128.

- Weinstein, S. E., Shide, D. J., & Rolls, B. J. (1997). Changes in food intake in response to stress in men and women: psychological factors. *Appetite*, *28*, 7-18.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Tilgner, L. (2004). Test-retest reliability and construct validity of Countour Drawing Rating Scale scores in a sample of early adolescent girls. *Body Image*, *1*, 199-205.
- WHO. (2002). World Health Organization/Food and Agriculture Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: a report of the WHO Study Group on Diet, Nutrition and Prevention of Noncommunicable Diseases. *Nutrition Review*, *49*, 291-301.
- WHO. (2007). *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity Conference Report*. Acedido a 30 de Dezembro de 2011 em <http://www.euro.who.int/document/E90143.pdf> .
- Williams, G. C., Minicucci, D. S., Kouides, R. W., Levesque, C. S., Chirkov, V. I., Ryan, R. M., et al.(2002). Self-determination, smoking, diet and health. *Health Education Research*, *17*(5), 512-521.
- Wilson, G. T. (1996). Acceptance and Change in the Treatment of Eating Disorders and Obesity. *Behavior Therapy*, *27*, 417-439.
- Williamson, D., Gleaves, D., Watkins, P. & Schlundt, D. (1993). Validation of self-ideal body size discrepancy as a measure of body dissatisfaction. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *15*(1), 57-68.
- Wolf, A. M. (2002). Task Force on Developing Obesity Outcomes and Learning Standards (TOOLS). *Obesity Research*, *10*, 1S-2S.
- Wolff, G. E. & Clark, M. M. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder - A clinical study. *Eating Behaviors*, *2*, 97-104.

## Y

- Yasuno, F., Suhara, T., Sudo, Y., Yamamoto, M., Inoue, M., Okubo, Y. & Suzuki, K. (2001). Relation among dopamine D2 receptor binding, obesity and personality in normal human subjects. *Neuroscience Letters*, *30*, 59-61.

## Z

- Zimmerman, B. J. (2005). Attaining self-regulation. A social cognitive perspective. In M. Boekaerts; P. R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp.13-39). Burlington, MA: Elsevier Academic Press.

## **ANEXO A**



**Universidade da Beira Interior**  
**Faculdade de Ciências Sociais e Humanas**  
**Departamento de Psicologia e Educação**

**Folha de Informação a(o) participante**

Exm<sup>o</sup>s Srs:

Eu, Ana Luís Medeiros Azevedo, a frequentar o 2<sup>o</sup> ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e no âmbito da minha dissertação, venho solicitar a sua participação.

A dissertação em questão tem como objetivo fundamental investigar e compreender a relação entre o Funcionamento Psicológico/Personalidade e Comportamento alimentar, bem como tentar compreender de que forma as crenças de autoeficácia e Imagem e Satisfação/Insatisfação Corporal serão bons preditores ou não para a mudança comportamental e aquisição de hábitos saudáveis em sujeitos com excesso de peso.

Ressalto o importante facto de que a sua colaboração é importante e que todos os dados serão unicamente utilizados para os fins da investigação, sendo tratados de forma confidencial e anónima e seguindo todos os aspetos éticos e deontológicos da psicologia. Não será identificado(a) em nenhuma publicação ou relatório, sendo que os resultados deste estudo estarão, posteriormente, disponíveis no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.

Por favor, responda do modo como realmente sente e pensa, não existem respostas certas nem erradas.

Certo que tomará a merecida atenção por parte de vossas excelências.

Atentamente,

---

(Ana Luís Medeiros Azevedo)

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### Ao assinar esta página confirmo o seguinte:

- ✚ Fui adequadamente informado acerca do estudo acima referido e foi-me dada a oportunidade de pensar sobre o mesmo assim como colocar questões.
- ✚ Todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente.
- ✚ Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação, sem que os meus direitos legais sejam afetados.
- ✚ Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito na Folha de Informação a(o) participante.
- ✚ Recebi uma cópia, da informação a(o) participante, e do consentimento informado deste estudo, que devo guardar.

Nome da(o) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da(o) participante: \_\_\_\_\_

Data: (datada pela(o) utente): ... ..

Nome do investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_

Data: ... ..

## Questionário Sociodemográfico

Por favor, responda do modo como realmente sente e pensa, não existem respostas certas nem erradas. Salientamos que este questionário é confidencial e anónimo.

**Idade** \_\_\_\_\_ **Género:**  Masculino  Feminino

**Peso** \_\_\_\_\_ Kg **Altura** \_\_\_\_\_ cm

**Nível de Formação:**  Sem Habilitações  
 4ª Classe  
 9º Ano  
 6º Ano  
 12º Ano  
 Licenciado  
 Outra \_\_\_\_\_

**Estado Civil/Marital:** solteira(o) \ casada(o) \ viúva(o) \ Unida(o) de facto \ divorciada(o)

**No caso de ser solteiro, namora?** Sim \ Não

**Tem filhos?** Sim \ Não **Se sim, indique quantos:** \_\_\_\_\_

**Como é composto o seu agregado familiar:** \_\_\_\_\_

**Estatuto Socioeconómico:** Alto \ Médio-Alto \ Médio \ Médio-Baixo \ Baixo

**Profissão exercida:** \_\_\_\_\_

**1) Tem alguma atividade recreativa e/ou de lazer?**

- Danças e Cantares
- Rancho folclórico
- Grupo musical
- Desporto
- Outro(s)?Qual/Quais?\_\_\_\_\_

**2) Neste momento, considera que existem problemas significativos na sua vida?**

Sim \ Não

**Se sim, indique apenas um (o mais importante):**

Stress \ • Ansiedade \ • Desmotivação \ • Isolamento \ Depressão \ • Saudades da família \ • Problemas Familiares \ • Problemas relacionais \ Problemas de comunicação \ Problemas económicos \ • Problemas de saúde

Outro (indique qual): \_\_\_\_\_

**3) Gostava de ser como alguém? Se sim, quem?\_\_\_\_\_**

**4) Como descreve o seu peso corporal? (assinale o que mais se adequa)**

- Excesso de peso
- Normal
- Abaixo de peso
- Muito abaixo de peso

**5) Sente-se mal devido ao seu peso? (assinale o que mais se adequa)**

- Estou completamente de acordo
- Estou de acordo

Estou pouco de acordo

Não sei

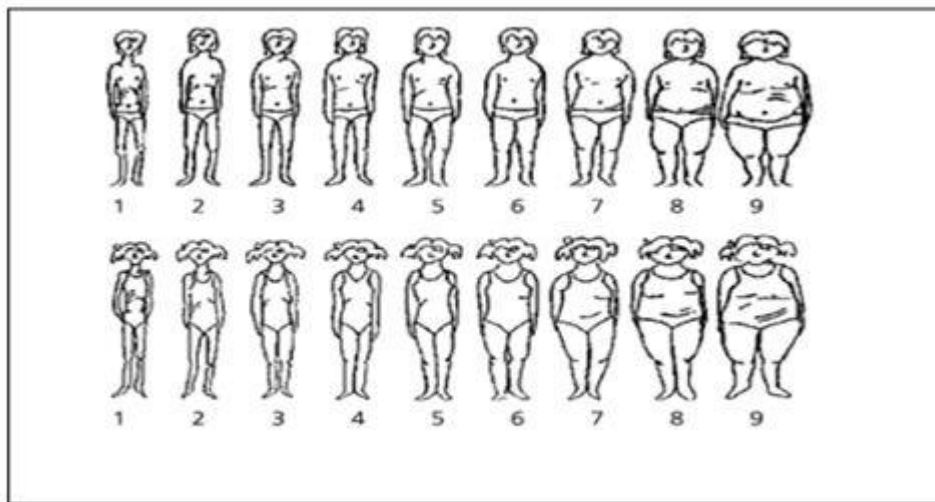
6) Em relação ao seu peso já teve, ao longo da sua vida, alterações de peso significativas? Se sim, por favor especifique quais

---

---

---

7) Tenha em atenção a figura abaixo.



Repare que a cada silhueta corresponde um número. Tendo por base tal, faça corresponder o número que mais se adequa às seguintes questões:

- a) Qual a silhueta que melhor corresponde ao estado corporal que se encontra agora? \_\_\_\_\_
- b) Qual a silhueta que corresponde ao estado corporal que idealizava para si? \_\_\_\_\_

Obrigada!