



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Estudo sobre a relação entre Sintomas Psicopatológicos e Índice de Massa Corporal na Aduldez e Velhice

(Versão Definitiva Após Defesa)

Inês Ferreira Dias

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

Orientadora: Prof.^a Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso

Covilhã, Novembro de 2017

Agradecimentos

Para a preparação e concretização deste trabalho, muitas foram as pessoas que, de uma forma ou de outra, deram importantes contributos e para com as quais desejaria expressar o meu profundo reconhecimento:

À Professora Doutora Rosa Marina Afonso,

Pela empatia, pelos conselhos e orientação. Por todos os contributos dados e pelo apoio disponibilizado, que me permitiram aperfeiçoar este trabalho. O apoio e confiança que demonstrou relativamente ao meu trabalho ajudaram-me a reforçar a certeza da pertinência da investigação que me propus realizar.

Aos meus pais,

Por estarem sempre do meu lado e me apoiarem sempre. Por me incentivarem a ir mais longe e por me mostrarem que os obstáculos são apenas desafios que podem ser superados. Obrigada por me darem sempre os melhores recursos que sei que vou levar para a Vida! Por isto e por tudo mais: OBRIGADA!

Ao meu irmão,

Por estar sempre presente, pelo apoio, pela ajuda e por muito mais: Obrigada!

À minha Família,

Que me rodeia e apoia, e que cada um à sua maneira foram uma peça fundamental neste longo percurso.

À minha amiga Daniella,

Por ter partilhado este caminho comigo, pelo apoio e pela ajuda. Sem ti este percurso não teria sido tão fácil, obrigada por estares sempre ao meu lado e por tudo o que partilhámos ao longo destes anos! E, acima de tudo, obrigada por seres a pessoa maravilhosa que és!

Às minhas 3/5 psis,

Raquel Costa, Cristina Ribeiro e Mafalda Coroado, por me terem acolhido, pelo apoio, pelos sorrisos, por estarem sempre presentes, por me puxarem sempre para cima e por serem as pessoas fantásticas que são. Acrescentando que vocês tornaram este ano muito mais fácil! Muito e muito Obrigada!

Às minhas amigas,

Maria Freches, Ana Freches e Flávia Antunes, por me aturarem há pelo menos 12 anos, por mesmo longe estarem sempre presentes, pelos momentos de partilha, pelo apoio, e por serem das melhores pessoas que conheço neste mundo! Com vocês é tudo mais fácil! Obrigada!

Resumo

A avaliação da composição corporal é uma medida importante para verificação do estado nutricional dos indivíduos, nomeadamente na Adulthood e Velhice. Uma das formas de determinar o estado nutricional de um sujeito poderá ser realizada através do Índice de Massa Corporal (IMC) por se tratar de um método passível de fornecer uma avaliação comparável e interpretável de peso corporal padronizado e promover estimativas de gordura e composição corporal (Micozzi & Harris, 2005).

À medida que as pessoas vão envelhecendo, aumenta a predisposição para a ocorrência de enfermidades em que se torna necessário um melhor conhecimento das psicopatologias, do estado nutricional, das modificações corporais, psicológicas e corporais (Najas et al., 1994).

Com base neste pressuposto, foi realizado este estudo que assenta nos seguintes objetivos: (i) avaliar os sintomas psicopatológicos e o IMC dos participantes, (ii) averiguar se existem diferenças ao nível dos sintomas psicopatológicos na adulthood e velhice entre as diferentes categorias do IMC e, (iii) apurar a existência de diferenças nos resultados médios das dimensões do BSI entre géneros, nas diferentes fases do desenvolvimento (“Início da Idade Adulta”, “Idade Adulta” e “Velhice”) com diferentes categorias do IMC.

Participaram no estudo 628 indivíduos, 401 mulheres e 227 homens, com idades compreendidas entre os 20 e os 97 anos ($M = 39.14$; $DP = 20.78$). Os sintomas psicopatológicos foram avaliados com Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - Brief Symptom Inventory) e foi calculado o IMC com base nos valores de peso e estatura.

Os resultados indicaram que as mulheres apresentaram os valores mais elevados na maioria dos sintomas psicopatológicos; os participantes que se encontram no “Início da Idade Adulta” apresentaram as médias mais elevadas na maioria das dimensões do BSI e tendo em conta as categorias do IMC a “Obesidade” detém os resultados médios mais elevados na maioria das categorias.

No “Início da Idade Adulta”, no que respeita à “Somatização”, foram encontradas diferenças entre as pessoas com “Obesidade” e “Peso Normal”. Na “Idade Adulta” foram registadas diferenças entre as pessoas com “Obesidade” e “Peso Normal”, nas dimensões “Somatização”, “Hostilidade” e no “TSP”. Na “Velhice”, relativamente à dimensão “Psicoticismo”, existem diferenças entre os valores representativos do “Peso Normal” e “Excesso de Peso”.

As diferenças encontradas entre o género revelaram em todas as dimensões analisadas que as mulheres apresentam valores médios mais elevados do que os homens.

Os resultados obtidos no presente estudo corroboram a importância do IMC na compreensão da psicopatologia, enfatizando a necessidade de se investigar uma maior multiplicidade de sintomas psicopatológicos associados ao IMC.

Palavras-chave

Aduldez; Velhice; Índice de Massa Corporal (IMC); Saúde Mental; Psicopatologia.

Abstract

The assessment of body composition is an important measure to verify the nutritional status of individuals in the Adulthood and the Elderly. One way to determine the nutritional status of a subject is through the Body Mass Index (BMI) because it is a method that can provide a comparable and interpretable standardized body weight assessment and promote an estimation of body fat and body composition (Micozzi & Harris, 2005).

As people get older, it increases the predisposition for the occurrence of diseases in which it becomes necessary a better knowledge of the psychopathologies, the nutritional state, and the psychological and corporal modifications (Najas et al., 1994).

Based on this assumption, this study has the following objectives: (i) evaluate the psychopathological symptoms and BMI of the participants, (ii) investigate whether there are differences in psychopathological symptoms in Adulthood and Old Age among different categories of BMI and (iii) determine the existence of differences in the mean results of the BSI dimensions between the genders at different stages of development ("Early Adulthood", "Adulthood" and "Old Age") with different categories of BMI.

A total of 628 individuals, 401 women and 227 men, aged from 20 to 97 years ($M = 39.14$, $SD = 20.78$) participated in this study. The psychopathological symptoms were evaluated with Brief Symptom Inventory (BSI) and, the BMI, was calculated based on weight and height values.

The results show that women presented the highest values in most of the psychopathological symptoms; participants in "Early Adulthood" had the highest means in the majority of the BSI dimensions, and in the BMI categories "Obesity" had the highest average scores in most symptoms.

In "Early Adulthood", with regard to "Somatization", differences were found between people with "Obesity" and "Normal Weight". In "Adulthood" differences were registered between people with "Obesity" and "Normal Weight", in the dimensions "Somatization"; "Hostility" and "PST". In "Old Age", in relation to the dimension "Psychoticism", there are differences between the representative values of "Normal Weight" and "Excess Weight".

The differences found between the genres revealed in all analyzed dimensions that women present higher mean values than men.

The results obtained in the present study corroborate the importance of understanding the relation between BMI and psychopathology, emphasizing the need to investigate a greater multiplicity of psychopathological symptoms associated with BMI.

Keywords

Early Adulthood; Adulthood; Old Age; Elderly; Body Mass Index; BMI; Mental Health; BSI; Psychopathology;

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos	xv
Introdução	1
Parte Teórica	3
I. Perspetiva do desenvolvimento ao longo do Ciclo Vital	3
a) Teoria da Optimização Selectiva com Compensação	6
1. Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta e Velhice	7
a) Desenvolvimento Psicológico no Início da Idade Adulta	9
b) Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta	9
c) Desenvolvimento Psicológico na Velhice	10
II. Psicopatologia na Aduldez e Velhice	11
a) Psicopatologia na Aduldez	11
b) Psicopatologia na Velhice	12
III. Índice de Massa Corporal e Psicopatologia	13
1. Índice de Massa Corporal	13
a) Pontos de Corte do IMC	14
i. Excesso de Peso e Obesidade	16
Parte Empírica	23
2.1. Apresentação do Estudo	23
2.2. Objetivos	23
2.2.1. Objetivos Específicos	24
2.3. Participantes	24
2.4. Instrumentos	27
2.5. Procedimentos	30
2.5.1. Análise Estatística	30
Resultados	33
Discussão dos Resultados e Conclusões	55
Referências Bibliográficas	61

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo do Ciclo Vital - Otimização Seletiva com Compensação. Adaptado de (Baltes & Baltes, 1990; Baltes et al., 1999)	6
Figura 2 - Resultados médios e desvios padrão das dimensões do BSI por género nas pessoas no "Início da Idade Adulta" e com "Peso Normal"	53
Figura 3 - Resultados médios e desvios padrão das dimensões do BSI por género nas pessoas na "Idade Adulta" e com "Excesso de Peso"	59
Figura 4 - Resultados médios obtidos no ISP por género nas pessoas na "Velhice" e com "Excesso de Peso"	63
Figura 5 - Resultados médios obtidos no BSI por género nas pessoas com "Obesidade" na "Velhice"	65

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Síntese dos Principais Conceitos da Perspetiva da Psicologia do Ciclo Vital.....	5
Tabela 2 - Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson.....	8
Tabela 3 - Classificação do IMC pelo "Committee on Diet and Health".....	14
Tabela 4 - Classificação do IMC pela OMS.....	15
Tabela 5 - Estudos da prevalência do "Excesso de Peso".....	17
Tabela 6 - Estudos da prevalência da "Obesidade" na população idosa.....	17
Tabela 7 - Estudos da prevalência da "Obesidade".....	18
Tabela 8 - Indicadores de mortalidade relativo à obesidade e outras formas de hiperalimentação em Portugal (2008 a 2013).....	18
Tabela 9 - Estudos sobre a Depressão e Depressão e Ansiedade.....	21
Tabela 10 - Caracterização da amostra (N = 628).....	25
Tabela 11 - Distribuição da amostra pelas categorias do IMC tendo em conta as fases do desenvolvimento e o género (N = 628).....	26
Tabela 12 - Estatística descritiva para as pontuações do BSI.....	29
Tabela 13 - Valores de Referência para a Dimensão do Efeito.....	31
Tabela 14 - Apresentação dos Resultados Médios e t-Student das Dimensões do BSI tendo em conta o Género.....	33
Tabela 15 - Apresentação dos Resultados Médios e ANOVA das Dimensões do BSI tendo em conta as Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson.....	34
Tabela 16 - Apresentação dos resultados Post-hoc de Tukey das dimensões do BSI.....	35
Tabela 17 - Apresentação dos Resultados Médios das Dimensões do BSI tendo em conta as Categorias do IMC.....	36
Tabela 18 - Apresentação dos resultados Post-hoc de Tukey das dimensões do BSI.....	37
Tabela 19 - Apresentação dos resultados relativos à análise da variância multivariada (MANOVA).....	38
Tabela 20 - Apresentação dos resultados relativos à significância do fator "Categorias do IMC" nas dimensões do BSI.....	38
Tabela 21 - Apresentação dos resultados relativos ao Teste Post-Hoc de Tukey referente às Categorias do IMC.....	39
Tabela 22 - Apresentação das médias das dimensões do BSI tendo em conta as Categorias do IMC.....	39
Tabela 23 - Apresentação dos resultados dos Subtestes de Homogeneidade do Teste Post-Hoc de Tukey da dimensão "Ansiedade".....	40
Tabela 24 - Apresentação dos resultados dos Subtestes de Homogeneidade do Teste Post-Hoc de Tukey da dimensão "Psicoticismo".....	41
Tabela 25 - Apresentação dos resultados dos Subtestes de Homogeneidade do Teste Post-Hoc de Tukey do Resultado Total do BSI.....	41
Tabela 26 - Apresentação dos resultados dos Subtestes de Homogeneidade do Teste Post-Hoc de Tukey do IGS.....	41
Tabela 27 - Apresentação dos resultados relativos à significância do fator "Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson" nas dimensões do BSI.....	42

Tabela 28 - Apresentação dos resultados relativos ao Teste Post-Hoc de Tukey referente às Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson	43
Tabela 28 - Apresentação dos resultados referentes às médias do BSI por Fase do Desenvolvimento Psicológico por Erikson	43
Tabela 30 - Apresentação dos resultados dos Subtestes de Homogeneidade do Teste Post-Hoc de Tukey da dimensão “Sensibilidade Interpessoal” considerando as Fases do Desenvolvimento	44
Tabela 31 - Apresentação dos resultados relativos à significância da interação dos fatores “Categorias do IMC” e “Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson” nas dimensões do BSI	46
Tabela 32 - Apresentação dos resultados relativos à Análise de Variância (ANOVA) tendo como fator “Categorias do IMC” nas pessoas no “Início da Idade Adulta”	46
Tabela 33 - Apresentação dos resultados Post-hoc de Tukey da dimensão “Somatização”	47
Tabela 34 - Apresentação das médias da dimensão do BSI tendo em conta as Categorias do IMC para as pessoas na Fase “Início da Idade Adulta”	47
Tabela 34 - Apresentação dos resultados relativos à Análise de Variância (ANOVA) tendo como fator “Categorias do IMC” nas pessoas na “Idade Adulta”	48
Tabela 35 - Apresentação dos resultados Post-hoc de Tukey das dimensões do BSI relativas à “Idade Adulta”	48
Tabela 37 - Apresentação das médias das dimensões do BSI tendo em conta as Categorias do IMC para as pessoas na Fase “Idade Adulta”	49
Tabela 38 - Apresentação dos resultados relativos à Análise de Variância (ANOVA) tendo como fator “Categorias do IMC” nas pessoas na “Velhice”	49
Tabela 38 - Apresentação dos resultados Post-hoc de Tukey da dimensão Psicoticismo das pessoas na “Velhice”	49
Tabela 39 - Apresentação das médias das dimensões do BSI tendo em conta as Categorias do IMC para as pessoas na Fase “Velhice”	50
Tabela 40 - Apresentação dos resultados do Teste t-Student para o Género das pessoas com “Peso Normal” e no “Início da Idade Adulta”	51
Tabela 41 - Apresentação dos resultados do Teste t-Student para o Género das pessoas com “Excesso de Peso” no “Início da Idade Adulta”	54
Tabela 42 - Apresentação dos resultados do Teste t-Student para o Género das pessoas com “Obesidade” no “Início da Idade Adulta”	55
Tabela 43 - Apresentação dos resultados do Teste t-Student para o Género das pessoas com “Peso Normal” e na “Idade Adulta”	56
Tabela 44 - Apresentação dos resultados do Teste t-Student para o Género para as pessoas com “Excesso de Peso” na “Idade Adulta”	57
Tabela 45 - Apresentação dos resultados do Teste t-Student para o Género das pessoas com “Obesidade” na “Idade Adulta”	60
Tabela 46 - Apresentação dos resultados do Teste t-Student para o Género das pessoas com “Peso Normal” na “Velhice”	61
Tabela 47 - Apresentação dos resultados do Teste <i>t-Student</i> para o Género das pessoas com “Excesso de Peso” e na “Velhice”	62
Tabela 48 - Apresentação dos resultados do Teste t-Student para o Género das pessoas com “Obesidade” na “Velhice”	64

Lista de Acrónimos

BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
BMI	Body Mass Index
BSI	Brief Symptom Inventory (Inventário de Sintomas Psicopatológicos)
CES-D	Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DGS	Direção Geral de Saúde
DP	Desvio Padrão
GDS	Geriatric Depression Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Rating Scale
HAM-D	Hamilton Depression Rating
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ	Patient Health Questionnaire
WHO	World Health Organization
SD	Standart Deviation
SEM	Erro Padrão da Média
STAI - TRAIT	State - Trait Anxiety Inventory

Introdução

A presente investigação insere-se no projeto “Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina” e foi desenvolvida para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior (UBI).

De um ponto de vista geral e tendo em conta as condições da atualidade, o excesso de peso e a obesidade representam um importante desafio da saúde pública do século XXI (WHO, 2000). Apesar das consequências do excesso de peso e obesidade estarem bem definidas ao nível da saúde física, no que concerne à saúde mental o impacto causado não é claro (Wardle & Cooke, 2005).

Ao longo dos últimos anos tem-se verificado um aumento no que respeita ao número de debates e estudos realizados a respeito das possíveis relações entre a obesidade e as perturbações psiquiátricas (Rivenes, Harvey, & Mykletun, 2009), no entanto, as conclusões obtidas a partir destes estudos nem sempre são conclusivas ou consensuais (Oliveira & Yoshida, 2009).

A partir da revisão geral da literatura foi possível verificar que a maioria dos estudos que relacionam a saúde mental e o IMC se centram especialmente na Depressão, Ansiedade ou Depressão e Ansiedade, sendo poucos os trabalhos que abordam diferentes perturbações psicológicas ou sintomas psicopatológicos.

Tendo em conta o supracitado, a presente investigação surge como uma tentativa de colmatar a lacuna existente no que concerne ao estudo da relação da saúde mental com o IMC, uma vez que a mesma abrange uma multiplicidade de sintomas psicopatológicos e tem como objetivo principal avaliar e comparar a existência destes sintomas com algumas variáveis sociodemográficas no início da idade adulta, idade adulta e velhice.

Neste estudo foi aplicado um protocolo composto por nove partes (um questionário sociodemográfico, sete inventários de avaliação de aspetos psicológicos, e uma parte final correspondente aos dados biomédicos). As variáveis do protocolo trabalhadas no âmbito desta investigação foram o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - Brief Symptom Inventory) e os dados do peso e altura para se calcular a variável Índice de Massa Corporal (IMC). Com este estudo é, então, pretendido explorar as diferenças existentes nos sintomas psicopatológicos entre as pessoas nas diferentes categorias do IMC na Adulterez e Velhice e entre os géneros.

A atual investigação apresenta-se estruturada em quatro capítulos principais: (1) Parte Teórica; (2) Parte Empírica; (3) Apresentação dos Resultados; e, (4) Discussão dos Resultados e Conclusões.

O primeiro capítulo incide sobre uma contextualização teórica, dedicada à revisão da literatura, que contará com a definição dos conceitos da perspetiva do ciclo vital e com uma breve definição das características das fases do desenvolvimento psicológico no “Início da Idade Adulta”, “Idade Adulta” e “Velhice”. Posteriormente serão abordadas as principais

particularidades da psicopatologia ao longo do ciclo vital com maior enfoque na Adulterez e Velhice. Seguidamente serão tecidas algumas considerações relativamente ao Índice de Massa Corporal, e serão apresentados os conceitos base e os pontos de corte a ser utilizados. Por fim, será abordado o tema “Psicopatologia e IMC” onde serão revistas algumas referências que relacionam o IMC com as perturbações psicológicas.

O capítulo dois que se refere à apresentação pormenorizada da investigação contará com uma descrição geral do estudo, designadamente, os objetivos gerais e específicos propostos, a caracterização da amostra, especificação dos instrumentos, procedimentos e análise estatística.

No terceiro capítulo serão apresentados os resultados obtidos na investigação, assim como a análise estatística em que se testa e analisa os dados obtidos, tendo em conta os objetivos formulados.

Por fim, o capítulo quatro incluirá a discussão dos resultados e conclusão do trabalho. Neste capítulo os resultados serão confrontados com estudos realizados e literatura publicada. O trabalho termina com algumas considerações finais sobre o estudo realizado, essencialmente no que concerne às suas potencialidades e limitações, finalizando com algumas sugestões para trabalhos futuros a desenvolver nesta área.

Parte Teórica

I. Perspetiva do desenvolvimento ao longo do Ciclo Vital

Um dos fundamentos da perspetiva do desenvolvimento ao longo do ciclo vital é que este não é completado assim que se atinge a idade adulta mas que o mesmo se estende ao longo de todo o curso da vida e que, desde a conceção do ser humano, os processos adaptativos de aquisição, manutenção e transformação estão envolvidos em estruturas psicológicas (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006; Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999).

A orientação para o ciclo da vida foi desenhada não apenas para realçar que o desenvolvimento se estende para além da infância e da adolescência, mas também para trazer para primeiro plano fenómenos de conteúdo adicional e princípios de determinação (Baltes & Smith, 2004).

O ser humano é dotado de uma complexidade e plasticidade que moldam o seu desenvolvimento e, em consequência, os psicólogos que se debruçam sobre a área do ciclo vital caracterizam este ciclo como transacional, dinâmico e pluralista - pois o desenvolvimento é multidimensional, compreende diversos níveis e temporalidades (Baltes & Smith, 2004).

De acordo com a visão do ciclo vital sobre o desenvolvimento, trata-se de um processo contínuo, multidimensional e multidirecional com mudanças biológicas, genéticas, sociais e culturais, que poderão ser de natureza normativa ou não normativa, e marcadas por ganhos e perdas recorrentes da interatividade entre o sujeito e a cultura (Neri, 2006). Pode também definir-se como um desenvolvimento bem-sucedido aquele que contempla a maximização dos ganhos e a minimização das perdas, considerando a definição do que constitui uma perda e um ganho (Brandtstädter & Wentura, 1995).

De um modo geral, os investigadores que se focam nesta perspetiva do desenvolvimento esperam que o período do ciclo vital detenha a sua própria agenda evolucionar e que este desenvolva as suas próprias contribuições para a organização do passado, presente e futuro no desenvolvimento ontogénico (Baltes et al., 2006). Neste sentido, a psicologia do desenvolvimento do ciclo vital envolve o estudo das alterações de comportamento ao longo da vida (ontogénese), desde a conceção até à morte (Goulet & Baltes, 1970). O princípio fundamental desta teoria defende que o desenvolvimento ocorre em estágios definidos e sucessivos (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997).

Os objetivos da Psicologia do Ciclo Vital passam por: (a) oferecer uma descrição da estrutura e sequência do desenvolvimento ao longo do ciclo vital; (b) identificar as interconexões entre eventos e processos que acontecem no início e no fim do ciclo vital; (c) delinear os fatores e os mecanismos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que são a base do desenvolvimento do ciclo vital; e, (d) especificar as oportunidades e restrições

biológicas e ambientais que moldam o desenvolvimento do ciclo vital dos indivíduos, incluindo a extensão da plasticidade (Baltes et al., 2006).

Baltes e colaboradores (2006) referem que ao focar as pesquisas nos processos e mecanismos da mente e do comportamento (como a identidade do self ou a memória), em vez de se focarem na idade em si, partem do pressuposto de que estes processos e mecanismos, por si só, expressam manifestações de um desenvolvimento contínuo que se vai alterando no decorrer do ciclo vital.

Baltes, Cornelius e Nesselroade (1979) expressam que as influências a nível biológico e ambiental que ocorrem durante o ciclo vital podem ser divididas em três classes: (1) idade (influências ontogénicas); (2) influências da história; e, (3) não-normativas (influências idiossincráticas). Estas influências contribuem, quer para as diferenças interindividuais e subgrupais, quer para as diferenças de direção e nível intraindividual ao longo do tempo (Baltes & Smith, 2004).

A teoria que envolve o ciclo vital pretende investigar três componentes do desenvolvimento individual: (1) os pontos comuns interindividuais (regularidades); (2) as diferenças interindividuais; e, (3) a plasticidade intraindividual no desenvolvimento (Baltes et al., 1999). A este respeito, a visão macro dos contextos intrínsecos e extrínsecos do desenvolvimento destaca o conceito de plasticidade como um papel fundamental do ciclo vital (Baltes & Smith, 2004). Assim, Baltes e Smith (2004) referem ainda que a plasticidade é definida como a extensão do desenvolvimento humano que é possível alcançar tendo em conta a influência das variáveis: idade, história e influências não-normativas.

Relativamente a cada uma das referidas variáveis, Baltes e Smith (2004) salientam que atualmente são escassos os autores que defendem que os fatores relacionados com a idade têm um papel organizacional difundido e cumulativo na estruturação dos contextos biológicos e ambientais do desenvolvimento dentro de toda a linha do ciclo vital. No entanto, quando se faz referência às influências normativas da idade (ontogenia), o conceito de normalidade, neste contexto, é usado no sentido estatístico, isto é, refere-se a eventos/situações que ocorrem de formas muito semelhantes (tempo e duração) para a maioria dos indivíduos numa determinada sociedade (Baltes & Smith, 2004).

Baltes e Smith (2004) referem que as influências da história são também essenciais para perceber o ciclo vital do indivíduo e envolvem, quer os contextos biológicos, quer os contextos ambientais e contribuem para as alterações que ocorrem no desenvolvimento de indivíduos que partilham o mesmo período na história (coorte). Na sua opinião, as influências da história no ciclo vital podem ser bastante abrangentes e variarem entre depressões económicas, guerra, revoluções sociais, epidemias, avanços tecnológicos, mudanças educacionais, mudanças na estrutura demográfica e modernização e até mesmo ao nível das mudanças no conteúdo e práticas de nutrição e noutras formas de comportamentos de saúde (Baltes & Smith, 2004).

Modell e Elder (2012) mencionam que nos últimos 100 anos se assistiu a uma constante modernização que tem sido associada a uma crescente variação dos percursos dos papéis dos adultos. Além disso, pensa-se que os coortes diferem em nível e forma nas trajetórias de idade

numa vasta escala de dimensões, incluindo a inteligência (Flynn, 1999), morbidade e longevidade (Maier & Vaupel, 2003), sendo que a saúde funcional dos idosos também registou uma melhoria significativa nos últimos tempos (Manton, Stallard, & Corder, 1997).

No que concerne às influências não normativas, Baltes e Smith (2004), esclarecem que as mesmas dizem respeito aos eventos únicos biológicos e ambientais individuais-idiossincráticos que não estão ligados ao contexto da ontogênese ou da história. Tipicamente, são estatisticamente infrequentes numa população e não têm universo temporal, nem possuem sequência espacial, no entanto, têm influências significativas no desenvolvimento de um indivíduo (Baltes & Smith, 2004).

O impacto dos eventos não-normativos pensa-se ser especialmente poderoso, uma vez que estes eventos perturbam a sequência e o ritmo do ciclo vital esperado, criando condições de incerteza (Wrosch & Freund, 2001). Em muitos casos, estes eventos, tendem a ser vividos como crises ou como eventos stressantes (Diehl, 1999), com variações díspares, dependendo da especificidade do evento, do contexto em que ocorre e das características intrínsecas ao indivíduo.

Resumidamente, poderemos definir os principais conceitos relativos à Perspetiva da Psicologia do Ciclo Vital na Tabela 1.

Tabela 1 - Síntese dos Principais Conceitos da Perspetiva da Psicologia do Ciclo Vital

Conceito	Definição
Desenvolvimento do Ciclo Vital	O desenvolvimento ontogénico é um processo que se desenrola ao longo da vida. Nenhuma faixa etária mantém supremacia na regulação da natureza do desenvolvimento. Durante o desenvolvimento e em todos os estágios do ciclo vital, tanto os processos contínuos (cumulativos) como os processos descontínuos (inovadores) estão em atividade.
Multidireccionalidade	O pluralismo é encontrado na direccionalidade das mudanças que constituem a ontogênese, mesmo inserindo-se no mesmo domínio. A direção da mudança varia de acordo com as categorias do comportamento. Além disso, durante as mesmas etapas de desenvolvimento, alguns sistemas do comportamento mostram um aumento, enquanto outros evidenciam uma diminuição ao nível do funcionamento.
Desenvolvimento com perdas e ganhos	O processo do desenvolvimento não é um movimento simples em busca de uma maior eficácia, como uma linha contínua de pleno crescimento. Em vez disso, ao longo do ciclo vital, o desenvolvimento consiste sempre na ocorrência conjunta de ganhos (crescimento) e perdas (declínio).
Plasticidade	A plasticidade intraindividual é encontrada no desenvolvimento psicológico. Dependendo das condições de vida e experiências do indivíduo, o seu percurso do desenvolvimento pode assumir diversas formas. O principal objetivo do desenvolvimento é a busca pela plasticidade e suas restrições.
Integração histórica	O desenvolvimento ontogénico também pode variar substancialmente de acordo com as condições histórico-culturais. A forma como o desenvolvimento ontogénico (relacionado com a idade) prossegue, é marcadamente influenciado pelo tipo de condições socioculturais existentes em um determinado período histórico e por como estes evoluem ao longo do tempo.

Contextualismo como paradigma	O curso particular do desenvolvimento individual pode ser entendido como o resultado das interações (dialética) entre três sistemas de influência de desenvolvimento: graduadas por idade, história e influências não-normativas. O funcionamento desses sistemas pode ser caracterizado em termos dos princípios metateóricos associados ao contextualismo.
Desenvolvimento como campo multidisciplinar	O desenvolvimento psicológico precisa ser visto no contexto interdisciplinar fornecido por outras disciplinas (como por exemplo, antropologia, biologia, sociologia) que investigam o desenvolvimento humano. A abertura da perspectiva do ciclo vital à postura interdisciplinar implica que uma visão psicológica “purista” oferece apenas uma representação parcial do desenvolvimento comportamental desde a concepção até à morte.

Adaptado de: (Baltes, 1987)

a) Teoria da Otimização Seletiva com Compensação (SOC)

A teoria SOC, inicialmente desenvolvida para descrever um envelhecimento bem-sucedido e chamada de “Otimização seletiva com compensação” (Baltes & Baltes, 1990), postula que qualquer processo de desenvolvimento humano envolve uma seleção, otimização e compensação. Os processos da teoria SOC são específicos de cada indivíduo e ligados ao contexto (Baltes et al., 1999).

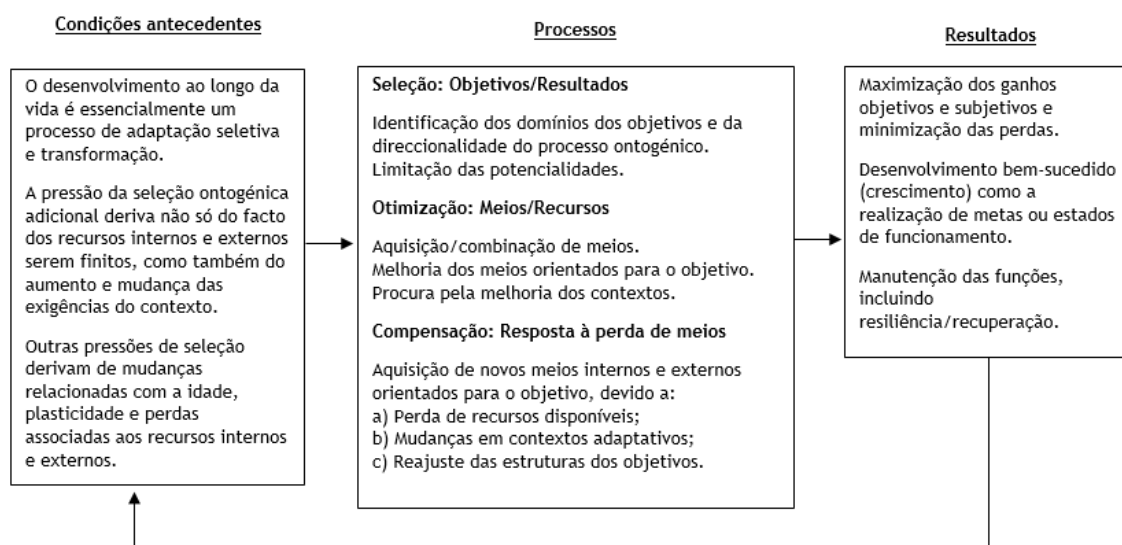


Figura 1 - Modelo do Ciclo Vital - Otimização Seletiva com Compensação. Adaptado de (Baltes & Baltes, 1990; Baltes et al., 1999, p. 483)

O modelo SOC encontra-se alicerçado em dois grandes objetivos: (1) descrever o desenvolvimento em geral; e, (2) estabelecer como os indivíduos lidam e organizam as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais, traduzindo-se em oportunidades e restrições, tendo em consideração os seus níveis e trajetórias de desenvolvimento (Neri, 2006).

No que concerne ao primeiro aspeto desta teoria - Seleção -, refira-se que esta apresenta como principal fundamento, a definição de objetivos e de resultados desejáveis para o desenvolvimento (Freund & Baltes, 2002). Apresenta-se como um processo que permite que o

indivíduo especifique e limite uma série de caminhos alternativos do seu desenvolvimento tendo em conta o alcance da sua plasticidade biocultural (Baltes & Smith, 2004).

As oportunidades e restrições biológicas, sociais e psicológicas ao longo do ciclo vital especificam uma ampla gama de objetivos ou de domínios de funcionamento (Heckhausen, 1999). O indivíduo, ao promover, elaborar e comprometer-se com a concretização dos objetivos, direciona o desenvolvimento através da organização do comportamento ao longo do tempo (Emmons, 1996, cit. in Freund & Baltes, 2002). Além de que, ter metas pessoais parece contribuir para a fomentação do sentimento de que a vida do indivíduo tem um propósito e significado (Freund & Baltes, 2002). No entanto, a Seleção também pode ser necessária quando recursos como tempo, energia e capacidade são limitados (Baltes & Smith, 2004).

Relativamente à Otimização, pode dizer-se, de um modo muito abrangente, que, exprime o processo de aquisição, aplicação, coordenação e manutenção de recursos internos e externos envolvidos no alcance de níveis mais altos de funcionamento e prevenir a ocorrência de objetivos indesejáveis (Baltes & Smith, 2004; Baltes et al., 1999; Neri, 2006).

Finalmente, a Compensação é uma resposta funcional que contraria as perdas, ou seja, o indivíduo usa meios alternativos que mantêm o funcionamento (Baltes & Smith, 2004; Neri, 2006) e sustentam um envelhecimento bem-sucedido.

A conceptualização da teoria SOC como uma teoria psicológica geral do desenvolvimento do comportamento humano pretende explicar o desenvolvimento humano em geral e especificar como os indivíduos podem gerir eficazmente as mudanças globais que ocorrem ao longo do ciclo vital, tendo em conta as condições biológicas, psicológicas e sociais que criam oportunidades e restrições aos vários níveis do desenvolvimento (Baltes & Smith, 2004). Isto é, o modelo SOC alvitra que um processo adaptativo, realizado com sucesso e com resultados positivos, consiste na obtenção de um nível de desenvolvimento onde se correlacionam uma maximização de ganhos e uma minimização de perdas com base em processos de seleção, otimização e compensação (Fonseca, 2005).

1. Desenvolvimento Psicológico na Aduldez e Velhice

A perspetiva do ciclo vital divide o desenvolvimento humano em duas fases: a fase inicial (infância e adolescência) e a fase posterior (adultos jovens, meia-idade e velhice) (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2015).

Com o desenvolvimento da investigação relativa às etapas do ciclo vital vão-se estabelecendo normas, comportamentos e expectativas relativamente a cada uma das etapas deste ciclo, acompanhando os valores da sociedade, dos grupos sociais e das relações intergrupais (Almeida & Cunha, 2003).

O estabelecimento de fases no desenvolvimento, tendo em consideração cada etapa da vida, permitiu definir o lugar social dos indivíduos na sociedade e, conseqüentemente, associou-se ao desenvolvimento humano a ideia que o indivíduo atravessa um processo que se divide por etapas e que estas se distinguem pela acumulação de capacidades e habilidades (Almeida

& Cunha, 2003). Assim, as diversas fases da vida tornam-se instituições sociais uma vez que apresentam marcos de desenvolvimento de forma sequencial, ordenada e gradual (Almeida & Cunha, 2003).

São vários os autores que definem os estágios de desenvolvimento psicológico e, estes modelos do ciclo vital descrevem as principais fases do desenvolvimento, salientando diferentes elementos e aspetos específicos de cada uma das fases (Kaplan et al., 1997).

Erik Erikson, enquanto estudioso do desenvolvimento psicossocial ao longo do ciclo vital, veio inovar este universo construindo um modelo onde descreve oito estágios que se estendem desde a infância até à velhice (Erikson & Erikson, 1998; Kaplan et al., 1997; Rosenthal, Gurney, & Moore, 1981). Para este autor, o desenvolvimento da personalidade decorre ao longo de toda a vida e compartimenta-se em diferentes fases organizadas sequencialmente onde o indivíduo tem de suplantar momentos críticos, cujos resultados poderão significar a regressão ou o progresso. Assim, cada fase do desenvolvimento apresenta uma crise psicológica a qual é baseada no crescimento fisiológico e também nos estímulos e exigências com que se confronta no meio social. Cada uma das fases ou estágios aponta dois resultados possíveis: um positivo ou saudável e outro negativo ou patológico (Erikson & Erikson, 1998; Kaplan et al., 1997). Porém, o autor explicita que a sua conceptualização do desenvolvimento não é tido como uma série de crises, mas sim como uma sucessão de fases críticas, específicas e decisivas nas quais cada ser humano é impelido a fazer escolhas e a tomar decisões.

Em função da especificidade da temática, para este estudo apenas irão ser considerados e analisados os seguintes estágios: (1) Estágio 6 que corresponde ao “Início da Idade Adulta”; (2) Estágio 7 referente à “Idade Adulta”; e, (3) Estágio 8 relativo à “Velhice”.

Tabela 2 - Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson

Fases	Idades	Crises Psicológicas
Estágio 1	Nascimento até 1 ano	Confiança Básica <i>versus</i> Desconfiança Básica
Estágio 2	1 - 3 anos	Autonomia <i>versus</i> Vergonha e Dúvida
Estágio 3	3 - 5 anos	Iniciativa <i>versus</i> Culpa
Estágio 4	6 - 11 anos	Indústria <i>versus</i> Inferioridade
Estágio 5	11 - até ao final da adolescência	Identidade <i>versus</i> Difusão de Papéis
Estágio 6	20 - 40 anos	Intimidade <i>versus</i> Isolamento
Estágio 7	41 - 64 anos	Generatividade <i>versus</i> Estagnação
Estágio 8	≥ 65 anos	Integridade <i>versus</i> Desespero

Adaptado de: (Berryman, Hargreaves, Herbert, & Taylor, 2001; Erikson & Erikson, 1998; Kaplan et al., 1997)

a. Desenvolvimento Psicológico no Início da Idade Adulta

Esta fase do ciclo vital, designada como “Início da Idade Adulta”, é caracterizada pelo *apogeu* do desenvolvimento biológico, pela adoção dos principais papéis sociais, pela evolução do *self* adulto e estruturação da vida (Kaplan et al., 1997). O principal objetivo do indivíduo que se encontra no início da idade adulta é tornar-se mais autónomo e menos dependente das pessoas que o rodeiam (Kaplan et al., 1997).

A teoria de Erikson refere que no início da idade adulta os indivíduos emergem da busca pela identidade com a vontade de fundir as suas identidades com outras pessoas, procurando a intimidade (Watts, Cockcroft, & Duncan, 2009). Esta fase apresenta-se como o estágio onde o isolamento surge como a força oposta à intimidade (Kaplan et al., 1997; Watts et al., 2009). Isto é, nesta fase persistem as atitudes de isolamento, decorrentes da incapacidade de correr riscos que frequentemente aparecem associadas ao receio das consequências advindas dessa mesma intimidade (ex: filhos, ...). A intimidade permite que o indivíduo forme amizades e associações afetuosas com outras pessoas, já o isolamento manifesta-se quando existe a incapacidade, por parte do indivíduo, de desenvolver relacionamentos a longo prazo permanecendo afastado das pessoas, não conseguindo formar vínculos com qualquer grupo social (Kaplan et al., 1997).

Gerdes e colaboradores (1988, cit. in Louw, Ede, & Louw, 1998) referem também que são quatro as tarefas desta fase, relacionadas com o *self*, e estas prendem-se com: (1) a busca pela independência e responsabilidade; (2) estabilizar a sua própria identidade; (3) definir os próprios valores; e, (4) tal como Erikson defende, desenvolver a intimidade e compromisso.

b. Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta

Na idade adulta, frequentemente, os indivíduos já têm resolvido grande parte dos conflitos das fases anteriores do ciclo vital e, portanto, são livres para dirigir a sua atenção para a assistência de outros (Craig, 1996, cit. in Watts, et al., 2009). É a fase da maturidade da pessoa humana.

Segundo a teoria de Erikson, esta fase é caracterizada pela generatividade que, de um modo abrangente, se refere às tarefas de orientação da geração seguinte ou ao processo de melhorar a sociedade. No entanto, reconhecendo que nem todos os indivíduos terão filhos, a generatividade também se refere amplamente aos conceitos de produtividade e criatividade (Watts et al., 2009). Quando a providência da orientação à geração seguinte ou a procura pela produtividade e criatividade falham, pode ser desencadeado um processo que poderá levar ao sentimento de estagnação (Erikson, 1993). Isto é, em consequência daquelas falhas, regista-se um processo de regressão, tédio, inércia e enfraquecimento das relações interpessoais.

No entanto, esta fase do ciclo vital é também caracterizada pela prevalência do sentimento de comunidade, isto é, uma vontade de focar as suas energias para a solução de problemas sociais (Watts et al., 2009).

Gerdes e colaboradores (1988, cit. in Louw et al., 1998) definiu quatro tarefas relacionadas com o self: (1) ajustar-se às mudanças físicas, especialmente as relacionadas com a aparência, força física e saúde; (2) redefinir a sua própria identidade; (3) reavaliar os seus valores e filosofias de vida; e, tal como Erikson refere (4) desenvolver a generatividade.

c. Desenvolvimento Psicológico na Velhice

Durante algum tempo, esta etapa da vida humana foi vista apenas numa perspetiva associada a diferentes privações. Paul Baltes foi o autor que, na sua perspetiva do ciclo vital, passou a incluir a velhice no desenvolvimento humano como uma fase onde existem ganhos e conquistas e não só perdas (Almeida & Cunha, 2003).

Apesar das considerações generalistas que se possam tecer a respeito do assunto, Lima (2016) vai mais longe e alerta para o facto de existir uma grande especificidade e heterogeneidade neste grupo populacional, quer na vertente relativa ao desenvolvimento, quer nos perfis de envelhecimento (biológico, social, psicológico), onde se evidencia a variabilidade inter e intraindividual do processo, aspeto que tem sido realçado pelas demais abordagens científicas, incluindo a Psicologia.

Nesta fase do ciclo vital as modificações biológicas e fisiológicas levam a vulnerabilidades físicas e mentais, prejudicando a independência física e financeira e a autonomia das pessoas mais velhas (Firmino, 2016). Assim, nesta etapa final do ciclo vital em que se verifica o culminar de todo o processo de maturação do ser humano, o indivíduo deve ter resolvidas todas as crises das etapas anteriores do desenvolvimento, pois a integridade só é realmente alcançada quando o sujeito sabe, compreende e, em certa medida, participa nas várias componentes sociais da sociedade - a religião, política, economia, entre outras componentes da sua cultura (Erikson, 1993).

Porém, tal como as etapas anteriores, também esta etapa apresenta um perigo associado: o desespero. Na verdade, apesar de existir por parte da pessoa a aceitação do seu ciclo vital e esta não reace encarar o tempo decorrido, aceitando-o como um percurso de vida que se fez, durante a fase da velhice, lidar com o medo da morte é um desafio bastante considerável (Watts et al., 2009). O indivíduo manifesta o seu desespero pelo facto de considerar que o pouco tempo que tem para viver é notoriamente curto para delinear e seguir novos caminhos (Erikson, 1993). Isto é, o indivíduo pode tentar aceitar a sua própria vida, assimilando o conceito de integridade ou, por outro lado, entra em desespero ao perceber que tem muito pouco tempo para começar uma nova vida, ou para tentar seguir rumos alternativos para a sua integridade (Erikson, 1993).

II. Psicopatologia na Adulthood e Velhice

a) Psicopatologia na Adulthood

Os indivíduos no Início da Idade Adulta estão particularmente em risco no que concerne às doenças psicológicas e psiquiátricas (Viner & Tanner, 2009). Tendo em conta as transições normativas do ciclo vital, a passagem da adolescência para a idade adulta é uma das transições mais críticas, uma vez que envolve mudanças nos papéis contextuais e sociais (Schulenberg, Sameroff, & Cicchetti, 2004). Esta transição é, também, marcada por uma maior diversidade nos percursos de vida e nos marcos de desenvolvimento (Cohen, Kasen, Chen, Hartmark & Gordon, 2003, cit. in Schulenberg et al., 2004) onde as pessoas começam a fazer as suas escolhas e se envolvem numa variedade de atividades que irão influenciar o resto do seu percurso de vida (Zarrett & Eccles, 2006).

As trajetórias de funcionamento estabelecidas durante a infância e a adolescência permanecem suscetíveis a ser levadas até ao início da idade adulta e estas, trabalhando em conjunto com as mudanças generalizadas nos papéis do sujeito, acompanham a transição para o início da idade adulta, proporcionando continuidade no funcionamento geral, posteriormente, na idade adulta (Schulenberg et al., 2004). No entanto, os stressores da transição podem contribuir para a manifestação ou consolidação de alguma psicopatologia (Schulenberg et al., 2004).

As perturbações mais comuns, nesta fase do desenvolvimento psicológico, são: ansiedade, abuso de substâncias e perturbações de humor (Viner & Tanner, 2009). Uma das perturbações mais comuns dentro da ansiedade é a fobia social, associada ao facto de nesta fase surgir o desafio onde é esperado que o indivíduo obtenha novas relações e conceções com o “mundo dos adultos” (conhecer novas pessoas, trabalhar em equipa no emprego, e explorar relações íntimas) (Viner & Tanner, 2009).

A psicopatologia, quando surge no início a idade adulta, reduz a probabilidade de uma transição bem-sucedida para a idade adulta (Viner & Tanner, 2009). Uma transição bem-sucedida (do início da idade adulta para a idade adulta) depende também das características psicossociais, físicas e cognitivas do indivíduo bem como o seu suporte social (Committee on Community-Level Programs for Youth, 2002).

A transição para a idade adulta tem associada uma multiplicidade de escolhas, mudanças e construções que lhe conferem um estatuto especial dentro do percurso relativo ao desenvolvimento humano (Levinson, 1977, cit. in Coutinho, 2010). Assim, os desafios que esta fase suscitam aos indivíduos, induzem, frequentemente, a conflitos pessoais, levando mesmo autores como Salmela-Aro, Aunola e Nurmi (2007) a falarem de sintomatologia depressiva, fundamentalmente associada à criação de relações sociais.

No Estudo Nacional de Saúde Mental os resultados obtidos revelam que, quer no grupo dos “18 aos 34 anos”, quer no grupo dos “35 aos 49” ou no grupo dos “50 aos 64” as perturbações de ansiedade são as que apresentam a maior prevalência (Almeida et al., 2013).

b) Psicopatologia na Velhice

O envelhecimento psicológico é caracterizado por ser um processo complexo e dinâmico, influenciado por fatores individuais e resultante de diversos equilíbrios, por exemplo, entre a estabilidade e a mudança e entre o crescimento e o declínio (Nogueira, 2016). Neves, Tudela e Firmino (2016) referem que o envelhecimento bem-sucedido deve ser um objetivo a ser alcançado por quem pretenda trabalhar nesse sentido, uma vez que este não é resultado da sorte ou um mero privilégio, mas sim um conjunto de comportamentos adaptativos como, por exemplo, aprender a lidar com as mudanças que são características deste processo. A população idosa continua a ter um papel importante, tendo em conta as suas contribuições para a sociedade tanto como membros de família, voluntários, e participantes ativos na sociedade. No entanto, enquanto uma parte considerável da população tem uma boa saúde mental, muitos estão em risco de desenvolver perturbações mentais e neurológicas, bem como outras doenças como diabetes, perda de audição, entre outros (WHO, 2016a).

As perdas significativas que ocorrem nesta fase do ciclo vital do indivíduo são variadas, e entre elas podem ser apontadas: a perda de autonomia e dependência de terceiros, perdas de cônjuge, alterações nos papéis sociais, alterações na imagem corporal, agravamento de doenças crónicas e fragmentação das relações interpessoais (Nogueira, 2016).

O envelhecimento é descrito como um conjunto de modificações que ocorrem progressivamente e podem causar incapacidade e/ou vulnerabilidade que são agravadas quando existem dificuldades na mobilidade física que conseqüentemente dificultam o acesso a cuidados de saúde (Firmino, 2016).

De acordo com a OMS (WHO, 2002), uma maior vulnerabilidade das pessoas idosas está associada a sete fatores: (1) determinantes transversais (ex.: género e cultura); (2) determinantes relacionados com os sistemas de saúde e os serviços sociais; (3) determinantes comportamentais (e.g., fumar, praticar exercício, saúde oral, alimentação saudável); (4) fatores pessoais (e.g., biologia e genética, fatores psicológicos); (5) ambiente físico (e.g., casa segura, boa acessibilidade, poluição da água e do ar, radiações); (6) ambiente social (e.g., apoio social, família, amigos, educação e literacia); e, (7) fatores económicos (rendimento, trabalho). Tendo em conta estes fatores, é possível referir que a condição de saúde (física, emocional, psicológica, ...) de cada pessoa não está somente inerente à sua idade mas principalmente à acumulação de todos os acontecimentos que foram experienciados ao longo da sua vida (Lima, 2016). Lima (2016) menciona ainda que a integração destes mesmos acontecimentos determinará se o processo de envelhecimento será mais ou menos positivo, sendo que, estilos de vida, passado e presente, refletem-se numa velhice mais normativa ou patológica.

As perturbações psicológicas na velhice são significativas e de grande alcance, tanto para as pessoas que vivem com a doença, como para os cuidadores (Lima, 2016). Ultimamente, tem-se assistido a uma mudança nos hábitos de vida dos idosos. Apesar de muitos ainda viverem em casa própria, sair para um lar ou residência especializada tem sido cada vez mais uma opção.

Este fenómeno social implica que haja uma nova mudança nos últimos anos de vida da pessoa, o que pode ter um impacto importante no que concerne ao risco psicopatológico (Sampaio & Telles-Correia, 2013).

Perante o que foi referido, e sabendo que a qualidade da saúde mental é uma importante causa de morbidade e mortalidade prematura (Patel & Prince, 2001), a OMS (WHO, 2016a) salienta a saúde mental tem um importante impacto na saúde física e vice-versa, isto é, por exemplo os idosos com problemas de saúde, como doenças relacionadas com o coração têm níveis mais elevados de depressão.

No que concerne a esta fase do desenvolvimento psicológico os resultados do Estudo Nacional de Saúde Mental (Almeida et al., 2013) revelaram que a maior prevalência recaí sobre a depressão major.

III. Índice de Massa Corporal e Psicopatologia

1. Índice de Massa Corporal

Com vista à avaliação do estado nutricional global da população, desde logo se considerou pertinente encontrar um processo fidedigno de proceder à sua medição. Porém, esta medição era tradicionalmente feita com base no conceito de “peso ideal” obtido pela correlação entre a massa corporal e a estatura com um padrão antropométrico: se a massa corporal se situasse acima de 20% do padrão considerava-se o indivíduo como obeso (Anjos, 1992).

De acordo com Anjos (1992), esta forma de mensuração, baseada num padrão único universal para adultos, gerou uma opinião consensual sobre a sua inadequação uma vez que existe uma grande variação da estatura média entre os grupos de indivíduos nativos de diferentes zonas geográficas do planeta. A este respeito foi necessário proceder-se à definição de indicadores antropométricos do estado nutricional fáceis de obter, que pudessem traduzir a composição corporal e não necessitassem de padrão de comparação (WHO, 1986), os quais, em função do autor, podem variar em maior ou menor grau. No entanto, independentemente das opiniões, a antropometria tem-se apresentado como o método mais utilizado ao nível do diagnóstico nutricional (Sigulem, Devincenzi, & Lessa, 2000). A própria Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995) salienta a necessidade de se apurarem valores relativos a populações específicas, como é o caso dos idosos. Assim, as medidas antropométricas podem apresentar-se como sensíveis indicadores, quer da saúde em geral, quer do desenvolvimento ou do crescimento (Moore & Roche, 1983).

O índice de massa corporal (IMC) é então definido como um índice simples onde se considera a razão do peso atual em quilos (kg) e o quadrado da altura em metros (m^2) e é usado quer para classificar o excesso de peso e obesidade em adultos quer o subpeso (Clemente, Moreira, Oliveira, & Almeida, 2004; Frayling et al., 2007; Klein et al., 1997; Ogden, Carrol, Kit, & Flegal, 2012; Sampaio & Figueiredo, 2005; Santos & Sichieri, 2005; WHO, 2004, 2017). Este índice começou por ser conhecido como índice de Quételet, em consequência do nome do

seu criador Adolphe Quételet (Cervi, Franceschin & Priore, 2005), no entanto, Keys e colaboradores (1972) propuseram que este se passasse a chamar Índice de Massa Corporal, nome pelo qual é conhecido atualmente.

Tendo por base estudos realizados anteriormente foi possível mostrar que o IMC tem uma alta correlação com a gordura corporal ($r=0,8$) e baixa correlação com a estatura (Anjos, 1992; Cervi, Franceschini, & Priore, 2005; Cortez & Martins, 2012; Sampaio & Figueiredo, 2005; Santos & Sichieri, 2005).

O IMC é dos indicadores mais usados quando da identificação do risco nutricional da população geral (Amarya, Singh, & Sabharwal, 2014; Babiarczyk & Turbiarz, 2012; Barbosa, Souza, Lebrão, Laurenti, & Marucci, 2005; Cortez & Martins, 2012; Jousilahti, Tuomilehto, Vartiainen, Pekkanen, & Puska, 1996; Pereira, Spydrides, & Andrade, 2016; Sampaio & Figueiredo, 2005; Santos, Bicalho, Mota, Oliveira, & Moraes, 2013; Souza, Fraga, Gottschall, Busnello, & Rabito, 2013; Vasques, Martins, & Azevedo, 2004; Zamboni et al., 2005).

Apesar do IMC não ser capaz de fornecer a composição corporal do indivíduo (Sigulem et al., 2000) apresenta diferentes vantagens tais como: (1) ser um indicador do estado nutricional global (Anjos, 1992; Cortez & Martins, 2012); (2) ser de fácil aplicação (simples) (Anjos, 1992; Cervi et al., 2005; Cortez & Martins, 2012; Jousilahti et al., 1996; Oh, Song, & Shin, 2017), e de baixo custo (Jousilahti et al., 1996; Sampaio & Figueiredo, 2005); (3) apresentar associação positiva com a estimativa de mortalidade e morbidade (Cervi et al., 2005); (4) ter validade científica e confiável (Cortez & Martins, 2012; Jousilahti et al., 1996); (5) produzir informações básicas das variações físicas do indivíduo (Pereira et al., 2016).

a) Pontos de Corte do IMC

Não existe um consenso no que diz respeito aos pontos de corte mais adequados a usar para a classificação antropométrica quer da obesidade quer da desnutrição (Silveira, Kac, & Barbosa, 2009). Apesar de existirem distintas classificações defendidas por diferentes autores, é essencial a utilização de pontos de corte específicos para a idade, sobretudo quando relacionados com outras medidas antropométricas que analisem a composição e a distribuição de gordura corporal (Sampaio, 2004).

Tabela 3 - Classificação do IMC pelo "Committee on Diet and Health"

Grupos Etários	IMC (kg/m ²)	Classificação
19 - 24 anos	19 - 24	
25 - 34 anos	20 - 25	
35 - 44 anos	21 - 26	
45 - 54 anos	22 - 27	IMC desejável
55 - 65 anos	23 - 28	
> 65 anos	24 - 29	

Adaptado: (Committee on Diet and Health, Commission on Life Sciences, Division on Earth and Life Studies, & Nation Research Council, 1989)

O *Committee on Diet and Health* (1989) propôs uma classificação baseada no IMC desejável para cada grupo etário (Tabela 3), no entanto, os pontos de corte do IMC propostos pela Organização Mundial de Saúde (Tabela 6) (WHO, 2016a) são baseados primeiramente na associação entre este índice e a mortalidade, e são os mais utilizados. Estes valores de IMC são independentes da idade e são iguais para ambos os sexos e, é possível verificar que os riscos associados ao aumento deste índice, começam a partir do ponto 25 e são contínuos (WHO, 2000).

Tabela 4 - Classificação do IMC pela OMS

Classificação	IMC (Kg/m ²)		Risco de Comorbidades
	Pontos de corte principais	Pontos de corte adicionais	
Abaixo de Peso	<18.50	<18.50	Baixo (mas o risco de outros problemas clínicos aumenta)
Magreza alta	<16.00	<16.00	
Magreza Moderada	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99	
Magreza Suave	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49	
Normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99 23.00 - 24.99	Médio
Excesso de Peso	≥25.00	≥25.00	Aumentado
Pré-Obesidade	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49 27.50 - 29.99	
Obesidade	≥30.00	≥30.00	
Obesidade Classe I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49 32.50 - 34.99	Moderado
Obesidade Classe II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49 37.50 - 39.99	Severo
Obesidade Classe III	≥40.00	≥40.00	Muito Severo

Adaptado: (WHO, 1995, 2000, 2004, 2016a)

De acordo com o que se encontra descrito nesta tabela, organizada segundo a OMS, é possível identificar e situar os indivíduos em diferentes categorias, a partir da avaliação do IMC. Esta categorização permite ainda fornecer um conjunto de informações essenciais para uma avaliação nutricional, essencial aos estudos alusivos à problemática dos efeitos do IMC na saúde mental.

No que concerne à relação entre a saúde mental e o IMC, alguns dos estudos sobre a temática, em que se estabelecem associações entre a saúde mental e todo o espectro do peso corporal nas mulheres, sugere-se que está presente uma relação em forma de “U”, ou seja, tanto a desnutrição como a obesidade estão associados a uma menor saúde mental (Zhao et al., 2009). Wit, Straten, Herten, Penninx e Cuikpers (2009) ao avaliarem a associação entre a depressão e o IMC também obtiveram uma relação em forma de “U” ao considerar a amostra

total, verificando-se assim que as pessoas com baixo peso e obesidade são as que detêm maior prevalência de depressão.

i. Excesso de Peso e Obesidade

A obesidade, enquanto condição que afeta um número significativo de indivíduos, tem sido foco de interesse, nomeadamente ao nível da psicologia. As consequências da obesidade para a saúde física estão bem estabelecidas, mas o impacto na saúde mental ainda não é claro (Wardle & Cooke, 2005).

Para Escrivão e Lopes (1995, cit. in Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005), os aspetos psicológicos associados à obesidade adquirem bastante relevância e deverão ser tidos e conta uma vez que os casos de excesso de peso causados por patologias endócrinas ou genéticas bem definidas constituem um percentual diminuto.

Por outro lado, apesar de no DSM-V não se encontrarem critérios para a identificação e avaliação da obesidade como perturbação psiquiátrica, alguns autores incluem esta condição na categoria das perturbações alimentares pelo facto de se caracterizar por perturbações ao nível do comportamento alimentar, com síndrome psicológica associada, suscetível de intervenção médica e/ou psiquiátrica (Flaherty & Janicak, 1995, cit. in Vasques et al., 2004).

Existem diversas formas de conceptualizar e definir a obesidade. Porém, a obesidade não é simplesmente o aumento de peso (Santos, Bicalho, Mota, Oliveira, & Moraes, 2013), mas sim excesso de tecido adiposo no organismo (Cabrera & Filho, 2001), na medida em que prejudica tanto a saúde física e psicossocial como o bem-estar (James, 2004). Trata-se de uma doença crónica e relaciona-se direta ou indiretamente com outras situações patológicas. De um modo mais abrangente, Cataneo e colaboradores (2005) denominam obesidade como “uma síndrome multifatorial na qual a genética, o metabolismo e o ambiente interagem, assumindo diferentes casos clínicos, nas diversas realidades sócio-económicas” (p. 40).

A prevalência da obesidade está em rápida ascensão em todo o planeta (Scott, McGee, Wells, & Browne, 2008) e, estima-se que 315 milhões de pessoas no mundo são obesas (James, 2004), valor que tem vindo a apresentar uma tendência crescente nas últimas décadas, mesmo entre pessoas idosas (Cabrera & Filho, 2001).

Segundo a OMS (WHO, 2016b), em 2014, 39% da população com 18 ou mais anos tinham excesso de peso e, tendo em conta o género, as mulheres apresentavam uma maior prevalência em relação aos homens verificando-se apenas uma ligeira diferença (Mulheres: 40% e Homens: 38%). No entanto, o conjunto da literatura analisada revela que a prevalência do “Excesso de Peso” foi sempre mais elevada nos homens, como é possível verificar pela tabela 5.

Tabela 5 - Estudos da prevalência do “Excesso de Peso”

Autores	Amostra			IMC (kg/m ²)	Prevalência da Excesso de Peso (%)	
	N	População	Idades		Mulheres	Homens
Johnston e Colaboradores (2004)	2431	Canada	≥ 18	25 - 29.9	28.3	43.2
Xiang e An (2015)	12652	EUA	*	25 - 29.9	42.2	57.8
Terracciono e Colaboradores (2009)	5693	Itália	14 - 94	25 - 29.9	44	56
Maguen e Colaboradores (2013)	49672 2	Veteranos do Iraqe e Afeganistão	*	25 - 29.9	10.17	89.83
Veggi e Colaboradores (2004)	3526	Rio de Janeiro	22 - 59	25 - 29.9	53.3	64.9

* - não existe informação

Relativamente à obesidade na população idosa, tendo em consideração as informações obtidas pela literatura revista (Tabela 6), a prevalência da obesidade foi sempre maior nas mulheres.

Tabela 6 - Estudos da prevalência da “Obesidade” na população idosa

Autores	Amostra			IMC (kg/m ²)	Prevalência da Obesidade	
	N	População	Idades		Mulheres	Homens
Zhi e Colaboradores (2015)	1732	China - Idosos	70 - 84	≥28	16	9.1
Cabrera e Filho (2001)	847	Idosos	60 - 94		23.8	9.3
Chang e Yen (2012)	2516	Taiwan - Idosos (Amostra de 2003)	≥ 60		15.3	8.3
Silveira e Colaboradores (2009)	596	Idosos - Brasil	≥ 60	≥30	30.8	17.4
Pereira e Colaboradores (2016)	20114	Idosos - Brasil	≥ 60	≥27	41.9	31.6
Groessler, Kaplan, Barrett- Connor e Ganiats (2004)	1326	Idosos	M = 72	≥30	57.4	42.2
Gomes-Neto e Colaboradores (2016)	35	Idosos	60 - 86	≥30	81.2	18.8

No que concerne à obesidade, a OMS (WHO, 2016b) revelou que, em 2014, 13% da população mundial adulta era obesa e, a prevalência era maior nas mulheres (15%, Homens = 11%), facto que é congruente com a maioria dos estudos analisados, encontrando-se apenas quatro investigações cuja prevalência da obesidade foi maior nos homens (Tabela 7).

Tabela 7 - Estudos da prevalência da “Obesidade”

Autores	Amostra			IMC (kg/m ²)	Prevalência da Obesidade (%)	
	N	População	Idades		Mulheres	Homens
Scott e Colaboradores (2008)	12992	Nova Zelândia	≥ 16		20.4	19.4
Rivenes e Colaboradores (2009)	65648	Noruega	20 - 89	≥ 30	17.9	13.9
Mokdad e Colaboradores (1999)	≥ 100000	EUA	≥ 18	≥ 30	18.1	17.7
Wit e Colaboradores (2009)	43534	Holanda	18 - 90	≥ 30	11.61	9.49
Xiang e An (2015)	12652	EUA	*	≥ 30	52.3	47.7
Simon e Colaboradores (2006)	9125	EUA	*	≥ 30	52.3	47.7
Bjerkeset e Colaboradores (2008)	74332	Noruega	≥ 20	≥ 30	13.5	7.7
Johnston e Colaboradores (2004)	2431	Canada	≥ 18	≥ 30	25.6	23.4
Terracciano e Colaboradores (2009)	5693	Itália	14 - 94	≥ 30	55	45
Kelly e Colaboradores (2011)	43214	Austrália	≥ 18	≥ 30	12	19
Ciarrochi e Colaboradores (2014)	78884	América	M = 47.9 SD= 16	≥ 30	14.7	14.9
Kloiber e Colaboradores (2007)	320	Munique	M = 47.8 DP = 14.3	> 25	44.9	55.10
Maguen e Colaboradores (2013)	496722	Veteranos do Iraqe e Afeganistão	*	≥ 30	8.6	91.4

* - não existe informação

Tendo em consideração o supracitado a obesidade tornou-se num problema global de saúde pública (Carpenter, Hasin, Allison, & Faith, 2000; Maguen et al., 2013; Matos et al., 2002; Mokdad et al., 1999; Onyike, Crum, Lee, Lyketsos, & Eaton, 2003; Scott et al., 2008; Simon et al., 2006; Tosetto & Júnior, 2008; U.S. Department of Health and Human Services, 2001; WHO, 2000) uma vez que está associada ao aumento da mortalidade (Adams et al., 2006; National Institutes of Health & National Heart Lung and Blood Institute, 1998).

Tabela 8 - Indicadores de mortalidade relativo à obesidade e outras formas de hiperalimentação em Portugal (2008 a 2013)

	2009	2010	2011	2012	2013
Número de óbitos	153	137	166	216	210
Taxa de Mortalidade	1.5	1.4	1.7	2.2	2.1

Adaptado: (DGS, 2016)

Os problemas adstritos à obesidade têm merecido bastante interesse e levado ao seu estudo por diferentes entidades. Apesar de se ter registado um incremento relativamente ao número de debates a respeito das possíveis relações entre a obesidade e as perturbações psiquiátricas (Rivenes et al., 2009) nem sempre os dados apurados foram conclusivos, nem as conclusões retiradas desses estudos foram motivo de consenso entre os estudiosos (Oliveira & Yoshida, 2009).

As pessoas com excesso de peso e obesidade são alvo de estigmatização e discriminação em diferentes contextos como por exemplo, no emprego, na escola e nos contextos de prestação de cuidados de saúde (Puhl & Brownell, 2001; Segal, Cardeal, & Cordás, 2002). Tendo em conta estes factos, as pessoas com excesso de peso tendem a ter uma saúde mental e física pobre e, conseqüentemente, os aspetos do bem-estar psicológico que são mais comprometidos nos indivíduos com excesso de peso e obesidade são a imagem corporal, a autoestima e o bem-estar emocional (Wardle & Cooke, 2005). No entanto, há uma anuência de que existem fatores psicológicos que estão associados à obesidade (Oliveira & Yoshida, 2009). Inicialmente acreditava-se que qualquer relação entre a obesidade e a depressão na população geral era apenas coincidência (Stunkard, Faith, & Allison, 2003). Porém, Fisberg (2006) considera a obesidade a mais complexa alteração do nosso corpo e a demais difícil entendimento. Na sua opinião, é necessário proceder-se a uma abordagem multidisciplinar do problema para que seja possível formular alguns juízos sobre esta questão (Fisberg, 2006; 1995 cit. in Cataneo et al., 2005).

O excesso de peso e a obesidade levam a alterações que podem manifestar-se, entre outros por: “distúrbios psicológicos, sociais, aumento do risco de morte prematura e o aumento do risco de doenças de grande morbi-mortalidade como diabetes melito, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares” (Cabrera & Filho, 2001, p. 495).

Nos indivíduos obesos, os problemas emocionais são, na maior parte das vezes, considerados como consequência do excesso de peso, embora, em muitos casos, os conflitos e problemas psicológicos possam anteceder o desenvolvimento da obesidade (Flaherty & Janicak, 1995, cit. in Vasques et al., 2004) podendo, também, ser desenvolvidos a partir desta situação, agravando a condição do sujeito afetado (Hsu et al., 1998; Matos et al., 2002).

Quando considerados os aspetos psicossomáticos, a ansiedade e a depressão aparecem como os fatores mais estudados, Flaherty e Janicak (1995, cit. in Vasques et al., 2004) opinam que as mesmas são frequentemente comuns nos indivíduos obesos e que esta última será tanto maior quanto a obesidade o for. Nesta linha de pensamento, Campos (1993, cit. in Cataneo et al., 2005) refere a existência de determinadas características psicológicas associadas aos adultos obesos: passividade e submissão; focalização excessiva na comida; ingestão compulsiva de alimentos e substâncias causadoras de dependência (drogas); dependência e infantilização; falta de autoestima e de aceitação do seu corpo; bloqueio da agressividade; dificuldade em gerir sentimentos de frustração; insegurança; intolerância e culpa. Na maior parte dos casos, dois ou mais destes fatores interagem provocando, no obeso, tendências disfuncionais de

raciocínio, levando-o a desenvolver pensamentos dicotômicos que influenciam o controle da alimentação (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1997).

Hawton e colaboradores (1997) defendem que, a partir o sistema de crenças podem identificar-se os aspetos psicológicos da obesidade, frequentemente associados ao controle da alimentação: as correlações, interdependências e interações que se verificam entre o ambiente, pensamentos, sentimentos e comportamentos. Estes pensamentos geram um conjunto de crenças, que na visão de Aldersberg e Mayer (1949, cit. in Cataneo et al., 2005) caracterizam a denominada “atribuição de causalidade externa” (p. 40), e que, habitualmente, determinam e desencadeiam determinadas condutas. Considera-se, portanto, que “os sistemas de crenças dos indivíduos obesos determinam sentimentos e comportamentos disfuncionais acerca do peso, da alimentação e do valor pessoal” (Abreu & Roso, 2009, cit. in Vasques et al., 2004, p. 197) que contribuem para a manutenção da obesidade ou para o aumento do IMC na pessoa com peso elevado.

Cabe, pois, à psicoterapia cognitiva o desafio de perceber como os diversos fatores interagem em cada situação específica e, se se considerar pertinente, associar-se a outras terapias para, num esforço conjunto, intervirem junto da pessoa obesa no sentido da melhoria ou resolução do seu problema (Vasques et al., 2004).

De um modo mais abrangente, e partir das referências consultadas, é possível concluir que os resultados da relação entre as perturbações mentais e o IMC permanecem controversos (Zhao et al., 2009). A maioria dos estudos existentes investiga a relação entre a obesidade e o excesso de peso e (1) a depressão (Chang & Yen, 2012; Costa et al., 2010; Faith, Matz, & Jorge, 2002; Goodman & Whitaker, 2002; Kloiber et al., 2007; Martin-Rodriguez et al., 2016; Pine, Goldstein, Wolk, & Weissman, 2001; Richardson et al., 2003; Roberts, Deleger, Strawbridge, & Kaplan, 2003; Rosmond, 2004; Simon et al., 2008; Stunkard et al., 2003; Wit et al., 2010; Wit et al., 2009; Xiang & An, 2014; Zhao et al., 2009; Zhi et al., 2015); (2) ansiedade (Garipey, Nitka, & Schmitz, 2010); e (3) depressão e ansiedade (Bjerkset et al., 2008; Matos et al., 2002; Strine et al., 2008; Tosetto & Júnior, 2008; Zhao et al., 2009).

Tabela 9 - Estudos sobre a Depressão e Depressão e Ansiedade

Autores	Amostra			Instrumento
	N	População	Idades	
Estudos sobre Depressão				
Johnston e Colaboradores (2004)	2431	Canada	≥ 18	CES-D
Rivenes e Colaboradores (2009)	65648	Noruega	20 - 89	HADS
Zhi e Colaboradores (2015)	1732	China - Idosos	70 - 84	GDS-5
Xiang e An (2014)	12652	EUA	*	CES-D
Chang e Yen (2012)	2516	Taiwan - Idosos (Amostra de 2003)	≥ 60	CES-D
Simon e Colaboradores (2006)	9125	EUA	*	PHQ
Onyike e Colaboradores (2003)	8773	EUA	15 - 39	DIS
Martin-Rodriguez e Colaboradores (2016)	20212	Mulheres - Navarra	18 - 99	*
Wit e Colaboradores (2009)	43534	Holanda	18 - 90	MHI
Kloiber e Colaboradores (2007)	408	Munique	M = 47.8 DP = 14.3	HAM-D
Roberts e Colaboradores (2003)	2123	Califórnia	≥ 60	*
Estudos sobre Depressão e Ansiedade				
Strine e Colaboradores (2008)	217379	EUA	18 - ≥ 55	PHQ-8
Tosetto e Junior (2008)	40	Mulheres	19 - 49	BDI; BAI
Matos e Colaboradores (2002)	50	*	18 - 56	BDI; STAI-TRAIT; STAI-STATE
Bjerkset e Colaboradores (2008)	74322	Noruega	≥ 20	HADS
Zhao e Colaboradores (2009)	177047	EUA	≥ 18	PHQ-8

* não existe informação

Parte Empírica

Este capítulo é dedicado à apresentação da metodologia utilizada na realização deste estudo. Assim, primeiramente será feita uma breve apresentação do estudo, seguida da exposição dos objetivos inerentes ao mesmo. Posteriormente far-se-á a caracterização da amostra e serão também descritos os instrumentos utilizados neste estudo. No final, será ainda feita uma referência aos procedimentos a que se seguirá um resumo da análise estatística realizada.

2.1. Apresentação do Estudo

A presente investigação é quantitativa e de carácter transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num determinado momento temporal. Apresenta também um perfil comparativo, na medida em que são estabelecidos grupos de comparação de forma a perceber as diferenças existentes entre os mesmos.

Este estudo surge no enquadramento do projeto “Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina” com início em 2016, cujo objetivo se prende com a avaliação dos aspetos de natureza psicológica e biomédica, associando aspetos da saúde mental, personalidade, entre outros, e os aspetos biomédicos, como níveis de glicose, peso, colesterol, entre outros.

Neste estudo, o critério de seleção foi apenas o da idade. Para poderem fazer parte integrante da amostra, os participantes deveriam ter idade igual, ou superior a 20 anos. De acordo com os procedimentos éticos, foi garantido o consentimento informado de todos os participantes.

Finalmente, tendo em conta todo o espectro deste estudo, as variáveis selecionadas para esta investigação foram: peso, altura, sintomas psicopatológicos (dimensões do BSI) e variáveis sociodemográficas (género e idade).

2.2. Objetivos

O objetivo geral deste estudo é avaliar e comparar a existência de sintomas psicopatológicos com algumas variáveis sociodemográficas no início da idade adulta, idade adulta e velhice.

2.2.1. Objetivos específicos

Quanto aos objetivos específicos e as suas respetivas hipóteses, encontram-se assim plasmadas:

1. Avaliar os sintomas psicopatológicos em indivíduos no “Início da Idade adulta”, “Idade Adulta” e “Velhice”;
2. Avaliar o IMC dos participantes;
3. Averiguar se os fatores em estudo (“Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson” e “Categorias do IMC”) apresentam efeito significativo sobre as dimensões do BSI.
4. Averiguar se existem diferenças ao nível dos resultados do BSI entre as pessoas no Início da Idade Adulta com diferentes categorias do IMC;
5. Apurar se existem diferenças ao nível dos resultados do BSI entre as pessoas na Idade Adulta com diferentes categorias do IMC;
6. Verificar se existem diferenças nos resultados do BSI entre as pessoas na Velhice com diferentes categorias do IMC.
7. Avaliar se existem diferenças entre género nas pessoas nas diferentes “Fases de Desenvolvimento Psicológico por Erikson” com diferentes categorias do IMC.

2.3. Participantes

A recolha de dados do foi realizada a partir com uma amostra por conveniência, ou seja, não probabilística. Os participantes foram convidados a participar tendo em conta a facilidade de acesso (Marôco, 2014). Isto é, os dados foram recolhidos junto dos indivíduos prontamente disponíveis, fáceis de inquirir e cooperantes.

A amostra deste estudo é composta por 628 indivíduos, sendo que a sua distribuição respeitante ao género revela uma maioria considerável do género feminino ($n = 401$, 63.9%) em relação ao género masculino ($n = 227$; 36.1%).

Quanto ao estado marital, a amostra caracteriza-se do seguinte modo: 229 indivíduos solteiros (36.5%); 145 indivíduos casados (23.1%); 129 indivíduos afirmam estar num compromisso afetivo com alguém significativo (20.5%); 49 sujeitos vivem em união de facto (7.8%); 44 indivíduos são viúvos (7.0); e, 30 sujeitos estão divorciados (4.8%).

No que concerne ao local de residência, a maior percentagem dos elementos da amostra reside numa pequena cidade ($n = 363$; 57.8%), seguida pelos indivíduos que disseram residir numa grande cidade ($n = 125$; 19.9%). Do total da amostra, 11,6% ($n = 73$) dos sujeitos residem num pequeno meio rural e, por fim, 10% dos elementos da amostra reside num grande meio rural.

Quanto à escolaridade, até à data de resposta do questionário, o universo dos participantes repartiram-se pelas seguintes categorias: até 9 anos de escolaridade ($n = 110$; 17.5%); até 12 anos de frequência escolar ($n = 163$; 26%); formação universitária - licenciatura ou bacharelato ($n = 228$; 36.3%); e, formação universitária - mestrado ou doutoramento ($n = 115$; 18.3%).

Tabela 10 - Caracterização da amostra (N = 628)

		<i>n</i>	%
Sexo	Mulher	401	63.9
	Homem	227	36.1
Estado Marital	Solteiro	229	36.5
	Casado	145	23.1
	Namoro/ Compromisso Afetivo	129	20.5
	União de Facto	49	7.8
	Viúvo	44	7.0
	Divorciado/Separado	30	4.8
	Outra	2	.3
Local de Residência	Uma pequena cidade	363	57.8
	Uma grande cidade	125	19.9
	Um pequeno meio rural	73	11.6
	Um grande meio rural	63	10.0
	<i>Missing</i>	4	.6
Escolaridade	Até 9 anos	110	17.5
	Até 12 anos	163	26.0
	Formação Universitária (Licenciatura/Bacharelato)	228	36.3
	Formação Universitária (Mestrado/Doutoramento)	115	18.3
	<i>Missing</i>	12	1.9
Estatuto Socioeconómico	Baixo	75	11.9
	Médio-Baixo	181	28.8
	Médio	325	51.8
	Médio-Alto	39	6.2
	Alto	5	.8
	<i>Missing</i>	3	.5
Categorias de Idade	Início da Idade Adulta (20 - 40 anos)	402	64
	Idade Adulta (41 - 64 anos)	119	18.9
	Velhice (+ 65 anos)	107	17
Categorias do IMC	Peso Normal	356	56.7
	Excesso de Peso	193	30.7
	Obesidade	79	12.6

Quanto à idade dos participantes, esta está compreendida entre os 20 e os 97 anos, sendo a média de idades 39.14 (DP = 20.78). Neste sentido, a fase do ciclo vital denominada por “Início da Idade Adulta”, que compreende o intervalo de idades dos 20 aos 40 anos, abarca 402 indivíduos (64% da amostra); a fase “Idade Adulta” com idades dos 41 aos 64 anos é constituída por 119 participantes (18.9%); e, por fim, a fase “Velhice”, que corresponde aos participantes com 65 anos ou mais, é composta por 107 indivíduos (17%).

Ao analisar a distribuição do IMC pela amostra total, é possível verificar que 56.7% ($n = 356$) da população apresenta “Peso Normal”; 30.7% ($n = 193$) está na classe “Excesso de Peso”; e, 12.6% ($n = 79$) encontra-se na classe “Obesidade”.

Tabela 11 - Distribuição da amostra pelas categorias do IMC tendo em conta as fases do desenvolvimento e o género (N = 628)

	Categorias do IMC			Total (n/%)
	Peso Normal (n/%)	Excesso de Peso (n/%)	Obesidade (n/%)	
Fase do Desenvolvimento				
Início da Idade Adulta	290 (72.1)	86 (21.4)	26 (6.5)	402 (100)
Idade Adulta	42 (35.3)	55 (46.2)	22 (18.5)	119 (100)
Velhice	24 (22.4)	52 (48.6)	31 (29.0)	107 (100)
Género				
Mulheres	241 (38.4)	117 (18.6)	43 (6.8)	401 (63.9)
Homens	115 (18.3)	76 (12.1)	36 (5.7)	227 (36.1)
Total (n/%)	356 (56.7)	193 (30.7)	79 (12.6)	628 (100)
Início da Idade Adulta				
Mulher	193 (70.7)	62 (22.7)	18 (6.6)	273 (100)
Homem	97 (75.2)	24 (18.6)	8 (6.2)	129 (100)
Idade Adulta				
Mulher	34 (47.9)	26 (36.6)	11 (15.5)	71 (100)
Homem	8 (16.7)	29 (60.4)	11 (22.9)	48 (100)
Velhice				
Mulher	14 (24.6)	29 (50.9)	14 (24.6)	57 (100)
Homem	10 (20.0)	23 (46.0)	17 (34.0)	50 (100)

Quanto à prevalência das classes do IMC tendo em conta as fases do ciclo vital, verifica-se que na fase “Início da Idade Adulta” a maioria dos participantes encontra-se na classe “Peso Normal”, representando 72.1% ($n = 290$) desta fase; quanto à fase “Idade Adulta” e “Velhice” a classe predominante é “Excesso de Peso”, correspondendo a 46.2% ($n = 55$) e 48.6% ($n = 52$) respetivamente.

No que concerne à prevalência das categorias do IMC ("Peso Normal", "Excesso de Peso" e "Obesidade") considerando o género e tendo em conta a amostra total, é possível aferir que em todas as categorias as mulheres apresentaram uma maior prevalência do que os homens ("Peso Normal": Mulheres = 38.4%, Homens = 18.3%; "Excesso de Peso": Mulheres = 18.6%, Homens = 12.1%; e, "Obesidade": Mulheres = 6.8%, Homens = 5.7%).

Ao explorar a prevalência das classes do IMC tendo em conta o género e cada uma das fases do ciclo vital, conclui-se que: (1) na fase "Início da Idade Adulta" a maioria considerável das mulheres ($n = 193$; 70.7%) e dos homens ($n = 97$; 75.2%) está na classe "Peso Normal"; (2) na fase "Idade Adulta" a maioria das mulheres encontra-se na classe de "Peso Normal" ($n = 34$; 47.9%), enquanto nos homens a classe que representa a maioria é "Excesso de Peso" ($n = 29$; 60.4%); (3) quanto à terceira e última fase do ciclo vital, "Velhice", quer o género feminino ($n = 29$; 50.9%), quer o género masculino ($n = 23$; 46%) apresentam como categoria prevalente "Excesso de Peso".

2.4. Instrumentos

O protocolo usado no estudo geral "Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina" é constituído por 9 partes (questionário sociodemográfico, 7 instrumentos, e uma parte referente aos indicadores biomédicos). No entanto, tendo em conta a pertinência para a investigação selecionou-se para este estudo: (1) o questionário sociodemográfico; (2) BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory) - Versão Portuguesa (Canavarro, 2007); (3) o peso e altura dos indicadores biomédicos.

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico elaborado no âmbito deste projeto foi aplicado com o propósito de recolher de forma mais simples, um vasto conjunto de informações sobre os participantes. Assim, este questionário propôs-se levantar os seguintes dados: idade, género, estado marital, local de residência, nível de escolaridade, situação profissional, estatuto socioeconómico e, por fim, a orientação sexual.

BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos de Canavarro refere-se à adaptação portuguesa do BSI - Brief Symptom Inventory de L. Derogatis. Este inventário avalia os sintomas psicopatológicos afetos a nove diferentes dimensões e culmina numa avaliação sumária constituída por três Índices Globais (Canavarro, 2007).

As nove dimensões foram descritas por Derogatis (1982, cit. in Canavarro, 1999, p. 96, 2007, p.) da seguinte forma:

- a) Somatização: é a dimensão que reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é, foca queixas centradas nos sistemas cardiovascular,

gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos de ansiedade são igualmente componentes da somatização (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37).

- b) Obsessões-Compulsões: inclui os sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome. Esta dimensão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32, 36).
- c) Sensibilidade Interpessoal: esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são manifestações características desta dimensão (inclui os itens 20, 21, 22 e 42).
- d) Depressão: os itens que compõem esta dimensão refletem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35, 50).
- e) Ansiedade: indicadores gerais tais como nervosismo e tensão foram incluídos na dimensão “Ansiedade”. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45, 49).
- f) Hostilidade: a dimensão hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46).
- g) Ansiedade Fóbica: a ansiedade fóbica é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47).
- h) Ideação Paranóide: esta dimensão representa o comportamento Paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. A seleção dos itens foi orientada de acordo com esta conceptualização (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).
- i) Psicoticismo: Esta escala foi desenvolvida de modo a representar este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um

contínuo graduado desde o isolamento interpessoal à evidência dramática de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).

Quanto às três pontuações gerais deste inventário, Derogatis (1993, cit in. Canavarro, 1999, 2007) descreve-os da seguinte forma:

1. Índice geral de Sintomas (IGS): Este índice representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados.
2. Índice de Sintomas Positivos (ISP): O ISP oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados.
3. Total de Sintomas Positivos (TSP): Enquanto o ISP constitui uma medida de intensidade dos sintomas, o TSP representa o número de queixas sintomáticas apresentadas. Teoricamente, um indivíduo pode apresentar um ISP baixo, indicando que os sintomas que tem não são particularmente intensos e perturbadores, mas possuir um TSP elevado, apontando para uma constelação complexa de sintomatologia.

Tabela 12 - Estatística descritiva para as pontuações do BSI

	População Geral		Perturbações emocionais		Pontos de corte
	M	DP	M	DP	
Somatização	0.573	0.916	1.355	1.004	
Obsessões-Compulsões	1.290	0.878	1.924	0.925	
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	1.597	1.033	
Depressão	0.893	0.722	1.828	1.051	
Ansiedade	0.942	0.766	1.753	0.940	
Hostilidade	0.894	0.784	1.411	0.904	
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	1.020	0.929	
Ideação Paranóide	1.063	0.789	1.532	0.850	
Psicoticismo	0.668	0.614	1.403	0.825	
IGS	0.835	0.480	1.430	0.705	
TSP	26.993	11.724	37.349	12.166	
ISP	1.561	0.385	2.111	0.595	1.731

Adaptado de: (Canavarro, 1999)

Segundo Canavarro (1999) o ponto de corte a ter em consideração neste inventário é relativo ao Índice de Sintomas Positivos e situa-se nos 1,7 pontos, sendo que as pessoas que se encontram acima deste valor é provável que se estejam emocionalmente perturbadas.

Indicadores Biomédicos - IMC

Quanto ao espectro de indicadores biomédicos, para este estudo, foram usados o peso e a altura de forma a obter o Índice de Massa Corporal - IMC. A fórmula utilizada para calcular o IMC, como supracitado, foi a razão do peso atual em quilos (kg) e o quadrado da altura (m²), expressa do seguinte modo: $\text{kg} / (\text{m}^2)$.

De forma a calcular o IMC, foi necessário rever a variável da altura, uniformizando as respostas, uma vez que os participantes responderam de formas distintas à questão que lhes foi colocada, (uns expressaram a altura em metros e outros referiram-se à mesma em centímetros). Finda a uniformização da variável “Altura” convertendo todos os valores em centímetros (e.g. 176cm), esta foi recodificada passando a estar em formato de metros (e.g. 1,76m). Após a realização destes procedimentos calculou-se uma nova variável, “IMC”, com a fórmula indicada acima.

Posteriormente, e tendo em conta a dimensão da população e as características da amostra a classificação do IMC escolhida para este estudo foi a da OMS (Tabela 4).

2.5. Procedimentos

No que concerne aos procedimentos, a recolha foi realizada pelos investigadores associados ao Projeto “Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina” iniciado em 2016. Os dados foram recolhidos de forma presencial por diferentes investigadores, acompanhados por profissionais de saúde que procederam à recolha dos dados biomédicos de todos os participantes. Em todo o processo de recolha dos dados foi sempre reservada a confidencialidade dos participantes, e todos eles tiveram acesso a um consentimento informado que puderam ler antes de responder a qualquer pergunta. Ao longo de toda a investigação foram sempre salvaguardados os princípios éticos e deontológicos.

O protocolo foi concebido baseando-se num princípio de simplicidade, quer linguística quer visual, de forma a ser acessível a todos os indivíduos e dividiu-se em nove partes: (1) Parte 1 - Dados Sociodemográficos; (2) Parte 2 - Personalidade (BFI-44); (3) Parte 3 - Saúde Mental (BSI); (4) Parte 4 - Avaliação do Sono (CSO); (5) Parte 5 - Funcionamento sexual (MGH); (6) Parte 6 - Suicídio (SBQ-R); (7) Parte 7 - Queixas Somáticas (SSS-8); (8) Parte 8 - Comportamentos Agressivos (ABS); e, (9) Parte 9 - Indicadores Biomédicos.

Após a criação do protocolo, foi este respondido pela população geral (amostra por conveniência), havendo a opção do seu preenchimento ser realizado em formato digital (questionário online) ou em formato impresso.

2.5.1. Análise estatística

Após a recolha da amostra, todos os dados estatísticos foram tratados pelo programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, recorrendo: (1) à apresentação das estatísticas descritivas (com apresentação das frequências e percentagens para descrever as diferentes variáveis); (2) à MANOVA, para explorar as diferenças nos

resultados das dimensões do BSI tendo em conta os fatores (“Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson” e “Categorias do IMC”); (3) à ANOVA para a comparação de médias das dimensões do BSI e teste de diferenças entre três ou mais grupos; e, (4) ao Teste t-Student para comparar as médias das dimensões do BSI e as diferenças existentes entre o género (Marôco, 2014).

Ao realizar uma primeira exploração dos dados, verificou-se que o número de participantes na categoria “Baixo Peso” era mínimo e por isso optou por se eliminar esta parte da amostra.

A dimensão do efeito reflete a significância prática de um determinado resultado, sendo definidas como “estatísticas estandardizadas independentes da dimensão da amostra e que servem para quantificar a magnitude da diferença relativa” (Marôco, 2014, p. 249) e, os valores de referência para a dimensão do efeito estão apresentados na tabela que se segue.

Tabela 13 - Valores de Referência para a Dimensão do Efeito

Dimensão do Efeito	<i>d</i> de Cohen	η
Muito Elevado	> 1	> 0.5
Elevado] 0.5; 1.0]] 0.25; 0.50]
Médio] 0.2; 0.5]] 0.05; 0.25]
Pequeno	≤ 0.2	≤ 0.05

Adaptado de: (Marôco, 2014, p. 249)

Resultados

I. Objetivo 1: Avaliação dos sintomas psicopatológicos na população.

No que concerne aos resultados das dimensões do BSI tendo em conta o género, é possível aferir que as mulheres apresentam resultados médios mais elevados do que os homens na maioria das dimensões, excetuando nas dimensões “Somatização” (Homem: M = 0.562; Mulher: M= 0.427) e “Psicoticismo” (Homem: M = 0.609; Mulher: M= 0.604) onde se verifica uma média ligeiramente mais elevada nos homens.

Tabela 14 - Apresentação dos Resultados Médios e t-Student das Dimensões do BSI tendo em conta o Género

		n	M (DP)	df	t	p
Somatização				612	-2.766***	.006
	Mulher	393	0.427 (0.467)			
	Homem	221	0.562 (0.634)			
Obsessões-Compulsões				614	-0.451	.652
	Mulher	395	0.987 (0.744)			
	Homem	221	0.960 (0.646)			
Sensibilidade Interpessoal				615	-3.024**	.003
	Mulher	395	0.825 (0.780)			
	Homem	222	0.641 (0.614)			
Depressão				614	-1.780	.076
	Mulher	394	0.830 (0.820)			
	Homem	222	0.715 (0.668)			
Ansiedade				614	-2.309****	.021
	Mulher	396	0.758 (0.700)			
	Homem	220	0.632 (0.554)			
Hostilidade				618	-0.289	.773
	Mulher	396	0.661 (0.600)			
	Homem	224	0.646 (0.564)			
Ansiedade Fóbica				614	-1.283	.200
	Mulher	393	0.441 (0.617)			
	Homem	223	0.378 (0.529)			
Ideação Paranóide				616	-2.105****	.036
	Mulher	396	0.917 (0.798)			
	Homem	222	0.785 (0.648)			
Psicoticismo				615	0.090	.929
	Mulher	395	0.604 (0.689)			
	Homem	222	0.609 (0.601)			
Res. Total BSI				556	-1.801	.072
	Mulher	361	39.554 (31.101)			
	Homem	197	34.909 (25.091)			
IGS				556	-1.801	.072
	Mulher	361	0.746 (0.587)			
	Homem	197	0.659 (0.473)			
TSP				626	-0.149	.881
	Mulher	401	22.908 (14.330)			
	Homem	227	22.731 (14.012)			
ISP				549	-3.768*	.000
	Mulher	357	1.584 (0.491)			
	Homem	194	1.432 (0.374)			

* p < .000; ** p < .005; *** p < .01; **** p < .05

Ao realizar o teste *t-Student* verifica-se que as diferenças significativas entre as mulheres e os homens encontram-se nas dimensões “Somatização” ($p = .006$); “Sensibilidade Interpessoal” ($p = .003$); “Ansiedade” ($p = .021$); “Ideação Paranóide” ($p = .036$); e, “ISP” ($p = .000$).

Tabela 15 - Apresentação dos Resultados Médios e ANOVA das Dimensões do BSI tendo em conta as Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson

	n	M (DP)	df	F	p
Somatização			2,611	14.013*	.000
Início da Idade Adulta	393	0.434 (0.554)			
Idade Adulta	115	0.557 (0.612)			
Velhice	106	0.760 (0.585)			
Obsessões-Compulsões			2,613	0.927	.396
Início da Idade Adulta	397	1.001 (0.748)			
Idade Adulta	116	0.912 (0.619)			
Velhice	103	0.942 (0.652)			
Sensibilidade Interpessoal			2,614	2.018	.134
Início da Idade Adulta	396	0.797 (0.759)			
Idade Adulta	115	0.737 (0.664)			
Velhice	106	0.639 (0.678)			
Depressão			2,613	0.770	.464
Início da Idade Adulta	395	0.811 (0.809)			
Idade Adulta	117	0.711 (0.689)			
Velhice	104	0.787 (0.701)			
Ansiedade			2,613	0.463	.630
Início da Idade Adulta	391	0.722 (0.673)			
Idade Adulta	118	0.735 (0.666)			
Velhice	107	0.659 (0.570)			
Hostilidade			2,617	5.265**	.005
Início da Idade Adulta	397	0.699 (0.626)			
Idade Adulta	117	0.655 (0.517)			
Velhice	106	0.492 (0.473)			
Ansiedade Fóbica			2,613	1.844	.159
Início da Idade Adulta	397	0.384 (0.573)			
Idade Adulta	115	0.487 (0.622)			
Velhice	104	0.469 (0.598)			
Ideação Paranóide			2,615	2.188	.113
Início da Idade Adulta	398	0.916 (0.780)			
Idade Adulta	116	0.800 (0.682)			
Velhice	104	0.769 (0.692)			
Psicoticismo			2,614	3.079***	.047
Início da Idade Adulta	396	0.650 (0.695)			
Idade Adulta	117	0.574 (0.635)			
Velhice	104	0.475 (0.507)			
Res. Total BSI			2,555	0.490	.613
Início da Idade Adulta	363	38.608 (30.441)			
Idade Adulta	104	37.846 (30.224)			
Velhice	91	35.220 (22.103)			
IGS			2,555	0.490	.613
Início da Idade Adulta	363	0.729 (0.574)			
Idade Adulta	104	0.714 (0.570)			
Velhice	91	0.665 (0.417)			
TSP			2,625	2.654	.071
Início da Idade Adulta	402	22.724 (13.467)			
Idade Adulta	119	25.101 (17.072)			
Velhice	107	20.785 (13.152)			
ISP			2,548	18.144*	.000
Início da Idade Adulta	360	1.532 (0.462)			
Idade Adulta	100	1.342 (0.350)			
Velhice	91	1.730 (0.470)			

* $p < .000$; ** $p < .01$; *** $p < .05$

Quanto aos resultados médios do BSI tendo em conta as Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson, as pessoas no “Início da Idade Adulta” apresentaram resultados médios elevados na maioria das dimensões do BSI (“Obsessões-Compulsões”; “Sensibilidade Interpessoal”; “Depressão”; “Hostilidade”; “Ideação Paranóide”; “Psicoticismo”; “Resultado Total do BSI”; e, “IGS”). Relativamente, às pessoas na “Idade Adulta” podemos constatar que apresentaram as médias mais altas nas dimensões: “Ansiedade”, “Ansiedade Fóbica” e, “TSP”. No que concerne às pessoas pertencentes ao grupo “Velhice” é visível a existência de uma média mais elevada nas dimensões “Somatização” e “ISP”, estando a média do ISP acima do ponto de corte.

Tabela 16 - Apresentação dos resultados Post-hoc de Tukey das dimensões do BSI

	Início da Idade Adulta vs Idade Adulta (<i>p</i>)	Início da Idade Adulta vs Velhice (<i>p</i>)	Idade adulta vs Velhice (<i>p</i>)
Somatização	ns	.000	.022
Hostilidade	ns	.004	ns
Psicoticismo	ns	.042	ns
ISP	.000	.000	.000

No que concerne aos resultados da ANOVA é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: “Somatização”, “Hostilidade”, “Psicoticismo” e “ISP”. Na dimensão “Somatização” ($p = .000$) foram verificadas diferenças entre o “Início da Idade Adulta” e “Velhice” ($p = .000$) e entre a “Idade Adulta” e “Velhice” ($p = .022$), sendo que em ambas a média mais elevada verifica-se nas pessoas na “Velhice”. Na “Hostilidade” verificam-se diferenças entre o “Início da Idade Adulta” e a “Velhice” ($p = .004$) e as médias mais elevadas encontram-se entre as pessoas no “Início da Idade Adulta”. Na dimensão “Psicoticismo” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o “Início da Idade Adulta” e a “Velhice” ($p = .042$) sendo as pessoas no “Início da Idade Adulta” as que detêm a maior média. Finalmente, no que concerne ao “ISP” foram encontradas diferenças entre “Início da Idade Adulta” e “Idade Adulta” ($p = .000$), sendo que as pessoas no “Início da Idade Adulta” as que apresentam a maior média; entre as pessoas no “Início da Idade Adulta” e “Velhice” ($p = .000$) e entre as pessoas na “Idade Adulta” e “Velhice” ($p = .000$), a média mais elevada encontra-se nas pessoas na “Velhice”.

Tabela 17 - Apresentação dos Resultados Médios das Dimensões do BSI tendo em conta as Categorias do IMC

	n	M (DP)	df	F	p
Somatização			2,611	21.981*	.000
Peso Normal	351	0.401 (0.512)			
Excesso de Peso	188	0.589 (0.576)			
Obesidade	75	0.850 (0.737)			
Obsessões-Compulsões			2,613	0.534	.586
Peso Normal	348	0.956 (0.735)			
Excesso de Peso	190	0.989 (0.671)			
Obesidade	78	1.045 (0.690)			
Sensibilidade Interpessoal			2,614	0.383	.682
Peso Normal	349	0.740 (0.725)			
Excesso de Peso	190	0.769 (0.747)			
Obesidade	78	0.817 (0.715)			
Depressão			2,613	1.269	.282
Peso Normal	350	0.751 (0.756)			
Excesso de Peso	190	0.813 (0.760)			
Obesidade	76	0.897 (0.852)			
Ansiedade			2,613	3.185***	.042
Peso Normal	350	0.656 (0.629)			
Excesso de Peso	189	0.782 (0.694)			
Obesidade	77	0.805 (0.647)			
Hostilidade			2,617	0.675	.509
Peso Normal	349	0.636 (0.613)			
Excesso de Peso	192	0.665 (0.562)			
Obesidade	79	0.719 (0.528)			
Ansiedade Fóbica			2,613	6.463**	.002
Peso Normal	349	0.346 (0.520)			
Excesso de Peso	190	0.493 (0.671)			
Obesidade	77	0.558 (0.616)			
Ideação Paranóide			2,615	0.225	.798
Peso Normal	350	0.852 (0.763)			
Excesso de Peso	191	0.896 (0.734)			
Obesidade	77	0.887 (0.738)			
Psicoticismo			2,614	1.002	.368
Peso Normal	352	0.573 (0.660)			
Excesso de Peso	188	0.650 (0.662)			
Obesidade	77	0.647 (0.642)			
Res. Total BSI			2,555	2.681	.069
Peso Normal	324	35.593 (28.440)			
Excesso de Peso	169	40.343 (29.969)			
Obesidade	65	43.169 (30.017)			
IGS			2,555	2.681	.069
Peso Normal	324	0.672 (0.537)			
Excesso de Peso	169	0.761 (0.565)			
Obesidade	65	0.815 (0.566)			
TSP			2,625	6.058**	.002
Peso Normal	356	21.233 (13.112)			
Excesso de Peso	193	24.311 (15.357)			
Obesidade	79	26.519 (15.103)			
ISP			2,548	0.460	.632
Peso Normal	321	1.514 (0.447)			
Excesso de Peso	166	1.552 (0.479)			
Obesidade	64	1.552 (0.467)			

* p < .000; ** p < .005; *** p < .05

Relativamente aos resultados médios do BSI tendo em conta as Categorias do IMC verifica-se que as pessoas com “Obesidade” apresentam resultados médios mais elevados na maioria das dimensões, excetuando a dimensão “Ideação Paranóide” e “Psicoticismo” onde as pessoas com “Excesso de Peso” são quem apresenta maior média.

Ao realizar a ANOVA verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: “Somatização”, “Ansiedade”, “Ansiedade Fóbica” e “TSP”. Na dimensão “Somatização” ($p = .000$) foram verificadas diferenças entre as pessoas com “Peso Normal” e “Excesso de Peso” ($p = .001$), sendo as pessoas com “Excesso de Peso” as que detêm as maiores médias, entre as pessoas com “Peso Normal” e “Obesidade” ($p = .000$), sendo as pessoas com “Obesidade” as que apresentam a maior média; também se verificam diferenças entre as pessoas com “Excesso de Peso” e “Obesidade” ($p = .002$), apresentando as últimas a maior média. No que concerne à dimensão “Ansiedade” ($p = .042$) apesar de se verificarem diferenças significativas, ao realizar o teste Post-hoc de Tukey é possível concluir que estas são inexistentes. Na dimensão “Ansiedade Fóbica” encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas com “Peso Normal” e “Excesso de Peso” e as pessoas com “Peso Normal” e “Obesidade” sendo as pessoas com “Excesso de Peso” e as pessoas com “Obesidade” as que apresentam as maiores médias. No Total de Sintomas Positivos é possível verificar que as diferenças se encontram entre as pessoas com “Peso Normal” e “Excesso de Peso” e as pessoas com “Peso Normal” e “Obesidade” estando as pessoas com “Excesso de Peso” e “Obesidade” votadas a uma maior média.

Tabela 18 - Apresentação dos resultados Post-hoc de Tukey das dimensões do BSI

	Peso Normal vs Excesso de Peso (p)	Peso Normal vs Obesidade (p)	Excesso de Peso vs Obesidade (p)
Somatização	.001	.000	.002
Ansiedade	ns	ns	ns
Ansiedade Fóbica	.015	.011	ns
TSP	.039	.008	ns

II. Objetivo 3: Averiguar se os fatores em estudo apresentam um efeito significativo sobre as dimensões do BSI.

Tabela 19 - Apresentação dos resultados relativos à análise da variância multivariada (MANOVA)

	Traço de Pillai	F (gl)	p	η	π
Categorias do IMC	0.097	F (24,1064) = 2.249	.001	0.048	0.999
Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson	0.266	F (24,1064) = 6.800	.000	0.133	1.000
Categorias do IMC * Fases do Desenvolvimento por Erikson	0.123	F (48,2136) = 1.417	.032	0.031	.999

Efetuuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) de forma a avaliar se os fatores sob estudo tiveram um efeito estatisticamente significativo sobre as dimensões do BSI. A MANOVA revelou que o fator “Categorias do IMC” teve um efeito de pequena dimensão mas bastante significativo sobre as dimensões do BSI (Traço de Pillai = 0.097; $F(24,1064) = 2.249$; $p = .001$; $\eta = 0.048$; Potência (π) = 0.999). Relativamente ao fator “Fases do Desenvolvimento Psicológico de Erikson”, o efeito observado é de dimensão média e altamente significativo, sendo a potência do teste também muito elevada (Traço de Pillai = 0.266; $F(24,1064) = 6.800$; $p = .000$; $\eta = 0.133$; $\pi = 1.000$). Finalmente, a interação entre os fatores teve um efeito estatisticamente significativo sobre o compósito das dimensões do BSI (Traço de Pillai = 0.123; $F(48,2136) = 1.417$; $p = .032$; $\eta = 0.031$; $\pi = 0.999$).

Tabela 20 - Apresentação dos resultados relativos à significância do fator “Categorias do IMC” nas dimensões do BSI

Categorias do IMC	F	η	p
Somatização	7.825***	0.028	.000
Obsessões-Compulsões	1.695	0.006	.185
Sensibilidade Interpessoal	1.280	0.005	.279
Depressão	2.406	0.009	.091
Ansiedade	3.593*	0.013	.028
Hostilidade	2.896	0.011	.056
Ansiedade Fóbica	6.431**	0.023	.002
Ideação Paranóide	1.737	0.006	.177
Psicoticismo	4.109*	0.015	.017
Resultado Total BSI	3.847*	0.014	.022
IGS	3.847*	0.014	.022
TSP	8.608***	0.031	.000
ISP	0.038	0.000	.962

* $p < .05$; ** $p < .005$; *** $p < .000$

Tabela 21 - Apresentação dos resultados relativos ao Teste Post-Hoc de Tukey referente às Categorias do IMC

	Normal vs excesso de peso (p)	Normal vs obesidade (p)	Excesso de peso vs Obesidade (p)
Somatização	.000	.000	.036
Ansiedade	ns	ns	ns
Ansiedade Fóbica	.012	.014	ns
Psicoticismo	ns	ns	ns
Resultado Total BSI	ns	ns	ns
IGS	ns	ns	ns
TSP	.020	.008	ns

Nota: ns = não significativo

Ao analisar a tabela 20 referente às probabilidades de significância, esta revela que o fator “Categorias do IMC” possui um efeito significativo sobre a “Somatização”; “Ansiedade”; “Ansiedade Fóbica”; “Psicoticismo”; “Resultado Total do BSI”; “IGS” e “TSP”.

Tabela 22 - Apresentação das médias das dimensões do BSI tendo em conta as Categorias do IMC

	Peso Normal		Excesso de Peso		Obesidade	
	n	M (DP)	n	M (DP)	n	M (DP)
Somatização	351	0.401 (0.512)	188	0.589 (0.576)	75	0.850 (0.737)
Ansiedade Fóbica	349	0.346 (0.520)	190	0.493 (0.671)	77	0.558 (0.612)
TSP	356	21.233 (15.357)	193	24.311 (15.357)	79	26.520 (14.204)

O Teste *Post-Hoc* de Tukey revelou que na dimensão “Somatização” ($F(2,542) = 7.825$; $p = .000$; $\eta = 0.028$; Potência (π) = 0.952) houve diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas com “Peso Normal” e “Excesso de Peso” ($p = .000$), apresentando estas últimas uma média maior (“Excesso de Peso”, $M = 0.589$; “Peso Normal”, $M = 0.401$) e, tendo em conta o I.C. a 95% $]-0.334; -0.083[$, verifica-se que as pessoas com “Peso Normal” apresentam entre 0.083 e 0.334 menos pontuação média que as pessoas com “Excesso de Peso”. Surgiram também diferenças significativas entre as pessoas com “Peso Normal” e “Obesidade” ($p = .000$), sendo a categoria “Obesidade” a que detém a maior média ($M = 0.850$) seguida da categoria “Peso Normal” ($M = 0.401$) e, considerando o I.C. a 95% $]-0.592; -0.233[$, as pessoas com “Peso Normal” apresentam entre 0.233 e 0.592 menos pontuação média nesta dimensão.

Por fim, também é de salientar as diferenças verificadas entre a categoria de “Excesso de Peso” e “Obesidade” ($p = .036$), estando a categoria “Obesidade” votada a uma maior média ($M = 0.850$; “Excesso de Peso”, $M = 0.589$) e, ao analisar o I.C. a 95% $]-0.397; -0.010[$, é possível constatar que as pessoas com “Excesso de Peso” pontuaram entre 0.010 e 0.397 menos do que as pessoas com “Obesidade”.

No que concerne à dimensão “Ansiedade” ($F(2,542) = 3.593$; $p = .028$; $\eta = 0.013$; $\pi = 0.665$) apesar do teste de significância revelar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = .028$), ao realizar o Teste *Post-hoc* de Tukey, como é possível verificar pela tabela 14, nenhuma das categorias apresenta diferenças significativas quando confrontada com outra. De forma a confirmar se estas diferenças realmente não existem, analisou-se a tabela referente à homogeneidade das médias.

Tabela 23 - Apresentação dos resultados dos Subtestes de Homogeneidade do Teste Post-Hoc de Tukey da dimensão “Ansiedade”

	<i>n</i>	Subtestes $\alpha = .05$
		Grupo 1
Peso Normal	321	0.679
Excesso de Peso	166	0.818
Obesidade	64	0.826
<i>p</i>		.186

As médias da dimensão “Ansiedade” aparecem todas no mesmo grupo (Grupo 1), indicando que são similares, além de que $p > .05$ ($p = .186$), rejeitando-se assim a hipótese de que existem diferenças significativas e assumindo-se a homogeneidade das médias.

No que se refere à “Ansiedade Fóbica” ($F(2,542) = 6.431$; $p = .002$; $\eta = 0.023$; $\pi = 0.903$) existem diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas com “Peso Normal” e as pessoas com “Excesso de Peso” ($p = .012$), apresentando as pessoas nesta última categoria uma média maior (“Excesso de Peso”, $M = 0.493$; “Peso Normal”, $M = 0.346$) e, tendo em conta o I.C. a 95%]-0.291; -0.029[, verifica-se que as pessoas com “Peso Normal” têm entre 0.029 e 0.291 menos pontuação média que as pessoas com “Excesso de Peso”. Surgiram também diferenças entre o grupo com “Peso Normal” e o grupo com “Obesidade” ($p = .014$), estando o grupo pertencente à categoria “Obesidade” votado a uma maior média ($M = 0.558$; “Peso Normal”, $M = 0.346$). Analisando o I.C. a 95]-0.412; -0.037[, é possível referir que as pessoas com “Peso Normal” possuem entre 0.037 e 0.412 menos pontuação média nesta dimensão.

Quanto ao “Psicoticismo” ($F(2,542) = 4.109$; $p = .017$; $\eta = 0.015$; $\pi = 0.727$) o teste referente às probabilidades de significância revela que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = .017$) entre as “Categorias do IMC”. No entanto, ao analisar a tabela alusiva aos resultados do teste *Post-hoc* de Tukey é possível verificar que não existem diferenças entre estas categorias, bem como ao analisar a tabela relativa aos resultados dos subtestes das médias confirma-se a homogeneidade das mesmas, aparecendo num só grupo em que $p > .05$ ($p = .629$), rejeitando-se assim a hipótese de que existem diferenças significativas.

Tabela 24 - Apresentação dos resultados dos Subtestes de Homogeneidade do Teste Post-Hoc de Tukey da dimensão "Psicoticismo"

	<i>n</i>	Subtestes $\alpha = .05$
		Grupo 1
Peso Normal	321	0.594
Excesso de Peso	166	0.669
Obesidade	64	0.672
<i>p</i>		.629

Relativamente ao “Resultado Total do BSI” ($F(2,542) = 3.847$; $p = .022$; $\eta = 0.014$; $\pi = 0.697$), apesar do teste de probabilidades de significância indicar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = .022$) entre as categorias do IMC, aquando da realização do Teste *Post-hoc* de Tukey e do subteste de homogeneidade é possível analisar que as médias das 3 categorias do IMC são similares, não apresentando diferenças significativas ($p = .629$).

Tabela 25 - Apresentação dos resultados dos Subtestes de Homogeneidade do Teste Post-Hoc de Tukey do Resultado Total do BSI

	<i>n</i>	Subtestes $\alpha = .05$
		Grupo 1
Peso Normal	321	35.925
Excesso de Peso	166	41.072
Obesidade	64	43.844
<i>p</i>		.629

Tendo em consideração o IGS ($F(2,542) = 3.847$; $p = .022$; $\eta = 0.014$; $\pi = 0.697$) ao analisar o teste de probabilidades de significância seria possível aferir que existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao IGS. No entanto, é também possível verificar que, ao ter em conta tanto o Teste *Post-hoc* de Tukey como o subteste da homogeneidade das médias, estas diferenças significativas não existem ($p = .084$).

Tabela 26 - Apresentação dos resultados dos Subtestes de Homogeneidade do Teste Post-Hoc de Tukey do IGS

	<i>n</i>	Subtestes $\alpha = .05$
		Grupo 1
Peso Normal	321	0.678
Excesso de Peso	166	0.775
Obesidade	64	0.827
<i>p</i>		.084

Quanto ao TSP ($F(2,542) = 8.608$; $p = .000$; $\eta = 0.031$; $\pi = 0.968$) registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas com “Peso Normal” e “Excesso de Peso” ($p = .020$), sendo as pessoas com “Excesso de Peso” as que apresentam maior média ($M = 24.311$; “Peso Normal”, $M = 21.233$) e, tendo em conta o I.C. a 95% $]-6.559; -0.450[$, as pessoas com

“Peso Normal” têm entre 0.450 e 6.559 menos pontuação média que as pessoas com “Excesso de Peso”. Também foram encontradas diferenças significativas entre as pessoas com “Peso Normal” e “Obesidade” ($p = .008$), apresentando as últimas a maior média ($M = 26.520$; “Peso Normal”, $M = 21.233$) ao analisar o I.C. a 95%]-9.980; -1.232[, é possível verificar que as pessoas com “Peso Normal” apresentam entre 1.232 e 9.980 menos pontuação média nesta dimensão.

Quanto ao fator “Fases do desenvolvimento psicológico por Erikson” é possível apurar que existem diferenças significativas nas “Sensibilidade Interpessoal”; “Hostilidade”; “Ideação Paranóide”; “Psicoticismo”; “TSP” e “ISP”.

Tabela 27 - Apresentação dos resultados relativos à significância do fator “Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson” nas dimensões do BSI

Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson	F	η	p
Somatização	2.559	0.009	.078
Obsessões-Compulsões	1.695	0.006	.185
Sensibilidade Interpessoal	3.869*	0.014	.021
Depressão	2.201	0.008	.112
Ansiedade	2.513	0.009	.082
Hostilidade	7.136**	0.026	.001
Ansiedade Fóbica	0.926	0.003	.397
Ideação Paranóide	3.930*	0.014	.020
Psicoticismo	6.309**	0.023	.002
Resultado Total BSI	2.182	0.008	.114
IGS	2.182	0.008	.114
TSP	6.647**	0.024	.001
ISP	15.008***	0.052	.000

* $p < .05$; ** $p < .005$; *** $p < .000$

Tabela 28 - Apresentação dos resultados relativos ao Teste Post-Hoc de Tukey referente às Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson

	Início da Idade Adulta vs Idade Adulta (<i>p</i>)	Início da Idade Adulta vs Velhice (<i>p</i>)	Idade adulta vs Velhice (<i>p</i>)
Somatização	.043	.000	ns
Sensibilidade Interpessoal	ns	ns	ns
Hostilidade	ns	.001	.024
Ideação Paranóide	ns	.036	ns
Psicoticismo	ns	.011	ns
TSP	.031	ns	.002
ISP	.001	.001	.000

Nota: ns = não significativo

Tomando por base os resultados da tabela anterior procedeu-se ao tratamento dos mesmos com vista ao cálculo das médias das dimensões do BSI, de forma a poder apurar-se qual das fases do desenvolvimento psicológico por Erikson aqui anunciadas detém o maior valor.

Tabela 29 - Apresentação dos resultados referentes às médias do BSI por Fase do Desenvolvimento Psicológico por Erikson

	Início da Idade Adulta		Idade Adulta		Velhice	
	<i>n</i>	M(DP)	<i>n</i>	M(DP)	<i>n</i>	M(DP)
Somatização	393	0.434 (0.554)	115	0.557 (0.612)	106	0.760 (0.585)
Hostilidade	397	0.699 (0.626)	117	0.655 (0.517)	106	0.493 (0.473)
Ideação Paranóide	398	0.916 (0.780)	116	0.800 (0.682)	104	0.769 (0.692)
Psicoticismo	396	0.650 (0.695)	117	0.574 (0.635)	104	0.475 (0.507)
TSP	402	22.724 (13.467)	119	25.101 (17.072)	107	20.785 (13.152)
ISP	360	1.532 (0.462)	100	1.342 (0.350)	91	1.730 (0.470)

No que concerne à dimensão “Somatização” ($F(2,542) = 2.559$; $p = .078$; $\eta = 0.009$; $\pi = 0.511$), apesar do teste de significância revelar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = .078$), ao realizar o Teste *Post-hoc* de Tukey verifica-se que existem diferenças entre as pessoas no “Início da Idade Adulta” e as pessoas na “Idade Adulta” ($p = .043$), apresentando as últimas uma maior média ($M = 0.557$; “Início da Idade Adulta”, $M = 0.434$) e, tendo em conta o I.C. a 95% $]-0.300; -0.004[$, é possível verificar que as pessoas no “Início da Idade Adulta” detêm entre 0.004 e 0.300 menos pontuação média que as pessoas na “Idade Adulta”. Entre as pessoas no “Início da Idade Adulta” e na “Velhice” ($p = .000$) também se verificam diferenças significativas, sendo as pessoas na fase da “Velhice” as que

ostentam um resultado médio mais elevado ($M = 0.760$; “Início da Idade Adulta”, $M = 0.434$) e, ao analisar o I.C. a 95%]-0.456; -0.148[, as pessoas no “Início da Idade Adulta” apresentam entre 0.148 e 0.456 menos pontuação média nesta dimensão.

Relativamente à “Sensibilidade Interpessoal” ($F(2,542) = 3.869$; $p = .021$; $\eta = 0.014$; $\pi = 0.700$) e apesar do teste de significância revelar diferenças estatisticamente significativas ($p = .021$), ao analisar o Teste *Post-hoc* de Tukey é possível verificar que essas diferenças não existem. Observando os resultados do teste referente à homogeneidade das médias conclui-se também que, pertencendo todas as médias ao mesmo grupo, estas são homogêneas, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p = .074$).

Tabela 30 - Apresentação dos resultados dos Subtestes de Homogeneidade do Teste Post-Hoc de Tukey da dimensão “Sensibilidade Interpessoal” considerando as Fases do Desenvolvimento

	<i>n</i>	Subtestes $\alpha = .05$
		Grupo 1
Velhice (65+)	91	0.626
Idade Adulta (41 - 64)	100	0.793
Início da Idade Adulta (20 - 40)	360	0.830
<i>p</i>		.074

Tendo por base a dimensão “Hostilidade” ($F(2,542) = 7.136$; $p = .001$; $\eta = 0.026$; $\pi = 0.931$) foram verificadas diferenças significantes entre os indivíduos no “Início Idade Adulta” e na “Velhice” ($p = .001$), estando as pessoas no “Início da Idade Adulta” votados a uma maior média nesta dimensão ($M = 0.699$; “Velhice”, $M = 0.493$) e, analisando o I.C. a 95%]0.085; 0.419[, é possível confirmar que as pessoas na fase “Velhice” detém entre 0.085 e 0.419 menos pontuação média que as pessoas na fase “Início da Idade Adulta”. Também é possível afirmar que existe uma diferença relevante entre a fase “Idade Adulta” e “Velhice” ($p = .024$), constatando-se uma maior média nas pessoas na fase “Idade Adulta” ($M = 0.655$; “Velhice”, $M = 0.493$) e, ao considerar o I.C. a 95%]0.023; 0.419[, as pessoas na “Velhice” apresentam entre 0.023 e 0.419 menos pontuação média nesta dimensão.

A dimensão “Ideação Paranoide” ($F(2,542) = 3.930$; $p = .020$; $\eta = 0.014$; $\pi = 0.707$) apresenta diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas no “Início da Idade Adulta” e “Velhice” ($p = .036$), sendo no “Início da Idade Adulta” onde se verifica uma média mais elevada ($M = 0.916$; “Velhice”, $M = 0.769$) e, analisando o I.C. a 95%]0.012; 0.427[, confirma-se que as pessoas na “Velhice” apresentam entre 0.012 e 0.427 menos pontuação média do que as pessoas no “Início da Idade Adulta”.

Relativamente “Psicoticismo” ($F(2,542) = 6.309$; $p = .002$; $\eta = 0.023$; $\pi = 0.897$) apenas existem diferenças a assinalar entre o “Início da Idade Adulta” e a “Velhice” ($p = .011$), apresentando a primeira uma média mais alta ($M = 0.650$; “Velhice”, $M = 0.475$) e, tendo em conta o I.C. a 95%]0.012; 0.427[, verifica-se que as pessoas na “Velhice” apresentam entre 0.012 e 0.427 menos pontuação média do que as pessoas no “Início da Idade Adulta”.

No que respeita ao “TSP” ($F(2,542) = 6.647$; $p = .001$; $\eta = 0.024$; $\pi = 0.913$) as diferenças significativas verificam-se entre as pessoas no “Início da Idade Adulta” e as pessoas na “Idade Adulta” ($p = .031$), apresentando a fase “Idade Adulta” uma média maior ($M = 25.101$; “Início da Idade Adulta”, $M = 22.724$) e, considerando o I.C. a 95% $]-7.510; -0.286[$, as pessoas no “Início da Idade Adulta” revelam entre 0.286 e 7.510 menos pontuação média que as pessoas na “Idade Adulta” no que concerne a esta dimensão. Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas na “Idade Adulta” e na “Velhice” ($p = .002$), sendo novamente a fase “Idade Adulta” que apresenta uma média mais elevada ($M = 25.101$, “Velhice”, $M = 20.785$) e, tendo em conta o I.C. a 95% $]2.052; 11.311[$ as pessoas na fase do desenvolvimento psicológico “Velhice” detêm entre 2.052 e 11.311 menos pontuação média no Total de Sintomas Positivos.

No que se refere ao “ISP” ($F(2,542) = 15.008$; $p = .000$; $\eta = 0.052$; $\pi = 0.999$) é visível a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas no “Início da Idade Adulta” e na “Idade Adulta” ($p = .001$), estando as primeiras representadas com a maior média ($M = 1.532$; “Idade Adulta”, $M = 1.342$), analisando o I.C. a 95% $]0.072; 0.309[$, verifica-se que as pessoas na “Idade Adulta” têm entre 0.072 e 0.309 menos pontuação média do que as pessoas no “Início da Idade Adulta”. Entre a fase “Início da Idade Adulta” e “Velhice” também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p = .001$), apresentando as pessoas na “Velhice” o valor médio mais elevado ($M = 1.730$; “Início da Idade Adulta”, $M = 1.532$) e, ao considerar o I.C. a 95% $]-0.321; -0.075[$, confirma-se que as pessoas no “Início da Idade Adulta” têm entre 0.075 e 0.321 menos pontuação média no Índice de Sintomas Positivos. E, finalmente, existem também diferenças significativas entre as pessoas na “Idade Adulta” e “Velhice” ($p = .000$), representando mais uma vez a “Velhice” a fase com média mais alta ($M = 1.730$; “Idade Adulta”, $M = 1.342$) e, analisando o I.C. a 95% $]-0.540; -0.236[$, apura-se que as pessoas na “Idade Adulta” detêm entre 0.236 e 0.540 menos pontuação média do que as pessoas na “Velhice”.

Tabela 31 - Apresentação dos resultados relativos à significância da interação dos fatores “Categorias do IMC” e “Fases do Desenvolvimento Psicológico por Erikson” nas dimensões do BSI

	F (4,542)	p	η_p^2	π
Categorias do IMC * Fases do Desenvolvimento de Erikson				
Somatização	0.457	.767	0.003	0.159
Obsessões-Compulsões	0.582	.676	0.004	0.193
Sensibilidade Interpessoal	0.715	.582	0.005	0.232
Depressão	0.805	.523	0.006	0.258
Ansiedade	0.392	.815	0.003	0.141
Hostilidade	1.116	.348	0.008	0.352
Ansiedade Fóbica	1.355	.248	0.010	0.424
Ideação Paranóide	0.219	.928	0.002	0.097
Psicoticismo	0.888	.471	0.007	0.284
Resultado Total BSI	0.753	.556	0.006	0.243
IGS	0.753	.556	0.006	0.243
TSP	2.429	.047	0.018	0.697
ISP	0.639	.635	0.005	0.210

Por fim, no que concerne à interação dos fatores “Categorias do IMC” vs. “Fases do desenvolvimento psicológico por Erikson” é possível referir que esta tem um efeito algo significativo sobre a dimensão TSP ($F(4,542) = 2.429$; $p = .047$; $\eta = 0.018$; $\pi = 0.697$).

III. Objetivo 4: Diferenças dos resultados do BSI no Início da Idade Adulta tendo em conta as Categorias do IMC

Tabela 32 - Apresentação dos resultados relativos à Análise de Variância (ANOVA) tendo como fator “Categorias do IMC” nas pessoas no “Início da Idade Adulta”

	df	F	p
Somatização	2,390	5.885*	.003
Obsessões-Compulsões	2,394	0.328	.720
Sensibilidade Interpessoal	2,393	1.004	.367
Depressão	2,392	2.000	.137
Ansiedade	2,388	1.911	.149
Hostilidade	2,394	0.918	.400
Ansiedade Fóbica	2,394	1.621	.199
Ideação Paranóide	2,395	0.569	.567
Psicoticismo	2,393	0.907	.405
Resultado Total BSI	2,360	2.706	.068
IGS	2,360	2.706	.068
TSP	2,399	2.501	.083
ISP	2,357	0.607	.546

* $p < .005$

Tabela 33 - Apresentação dos resultados Post-hoc de Tukey da dimensão "Somatização"

	Peso Normal Vs Excesso de Peso (p)	Peso Normal Vs Obesidade (p)	Excesso de Peso Vs Obesidade (p)
Somatização	ns	.006	ns

Nota: ns = não significativo

Tabela 34 - Apresentação das médias da dimensão do BSI tendo em conta as Categorias do IMC para as pessoas na Fase "Início da Idade Adulta"

	Somatização	
	n	M (DP)
Peso Normal	286	0.386 (0.507)
Excesso de Peso	84	0.514 (0.587)
Obesidade	23	0.752 (0.819)

Ao analisar os dados trabalhados, no sentido de se tentar verificar se existem diferenças nos resultados do BSI entre as pessoas que constituem o grupo "Início da Idade Adulta" com "Peso Normal", "Excesso de Peso" e "Obesidade", é possível verificar que subsistem diferenças significativas entre as "Categorias do IMC" na dimensão "Somatização" do BSI ($F(2,390) = 5.885, p = 0.003$). Posteriormente, realizando o Teste *Post-hoc* de Tukey é possível apurar que as diferenças se encontram entre as pessoas com "Peso Normal" e as pessoas com "Obesidade", registando-se as médias mais elevadas nas pessoas com "Obesidade" ($M = 0.752$; "Peso Normal", $M = 0.386$) e, tendo em conta o I.C. a 95% $]-0.645; -0.087[$, as pessoas com "Peso Normal" apresentam entre 0.087 e 0.645 menos pontuação média na dimensão "Somatização".

IV. Objetivo 5: Diferenças dos resultados do BSI na Idade Adulta tendo em conta as Categorias do IMC

Ao analisar se existem diferenças nos resultados do BSI entre as pessoas na Idade Adulta com "Peso Normal", "Excesso de Peso" ou "Obesidade" (tabela 28) é possível aferir que existem diferenças significativas entre as "Categorias do IMC" nas seguintes dimensões do BSI: "Somatização"; "Hostilidade"; e, "TSP".

Tabela 35 - Apresentação dos resultados relativos à Análise de Variância (ANOVA) tendo como fator “Categorias do IMC” nas pessoas na “Idade Adulta”

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Somatização	2,112	4.211*	.017
Obsessões-Compulsões	2,113	2.711	.071
Sensibilidade Interpessoal	2,112	1.272	.284
Depressão	2,114	0.952	.389
Ansiedade	2,115	2.636	.076
Hostilidade	2,114	4.214*	.017
Ansiedade Fóbica	2,112	2.565	.081
Ideação Paranóide	2,113	0.530	.590
Psicoticismo	2,114	2.474	.089
Resultado Total BSI	2,101	2.279	.108
IGS	2,101	2.279	.108
TSP	2,116	5.239*	.007
ISP	2,97	0.157	.855

* $p > .05$;

Após realizar o Teste *Post-hoc* de Tukey confirma-se que as diferenças, na dimensão “Somatização”, se encontram entre as pessoas com “Peso Normal” e as pessoas com “Obesidade”, encontrando-se as médias mais elevadas nas pessoas com “Obesidade” ($M = 0.792$; “Peso Normal”, $M = 0.613$).

Tabela 36 - Apresentação dos resultados *Post-hoc* de Tukey das dimensões do BSI relativas à “Idade Adulta”

	Peso Normal vs Excesso de Peso (<i>p</i>)	Peso Normal vs Obesidade (<i>p</i>)	Excesso de Peso vs Obesidade (<i>p</i>)
Somatização	ns	.019	ns
Hostilidade	ns	.018	ns
TSP	.015	.024	ns

Na dimensão “Hostilidade”, as diferenças registam-se entre as pessoas com “Peso Normal” e as pessoas com “Obesidade”, sendo estas últimas as que apresentam a média mais alta ($M = 0.855$; “Peso Normal”, $M = 0.485$).

No que diz respeito ao Total de Sintomas Positivos, foram verificadas diferenças entre as pessoas com “Peso Normal” e as pessoas com “Excesso de Peso”, sendo as pessoas com “Excesso de Peso” as que revelam uma média mais elevada ($M = 28.109$; “Peso Normal”, $M = 18.548$). E, por fim, também foram registadas diferenças significativas entre as pessoas com “Peso Normal” e as pessoas com “Obesidade”, apresentando estas últimas uma maior média ($M = 30.091$; “Peso Normal”, $M = 18.548$).

Tabela 37 - Apresentação das médias das dimensões do BSI tendo em conta as Categorias do IMC para as pessoas na Fase “Idade Adulta”

	Peso Normal		Excesso de Peso		Obesidade	
	<i>n</i>	M (DP)	<i>n</i>	M (DP)	<i>n</i>	M (DP)
Somatização	41	0.359 (0.508)	52	0.613 (0.602)	22	0.792 (0.720)
Hostilidade	40	0.485 (0.432)	55	0.698 (0.537)	22	0.855 (0.535)
TSP	42	18.548 (14.211)	55	28.109 (17.938)	22	30.091 (16.744)

V. Objetivo 6: Diferenças dos resultados do BSI na Velhice tendo em conta as Categorias do IMC

Trabalhando os dados da amostra, com vista ao apuramento das diferenças dos resultados das dimensões do BSI, nas pessoas que se encontram na fase do desenvolvimento psicológico referente à “Velhice”, obtiveram-se os resultados representados na tabela 38.

Tabela 38 - Apresentação dos resultados relativos à Análise de Variância (ANOVA) tendo como fator “Categorias do IMC” nas pessoas na “Velhice”

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Somatização	2,103	2.713	.071
Obsessões-Compulsões	2,100	0.742	.479
Sensibilidade Interpessoal	2,103	0.007	.993
Depressão	2,101	0.003	.997
Ansiedade	2,104	0.796	.454
Hostilidade	2,103	0.475	.623
Ansiedade Fóbica	2,101	1.938	.149
Ideação Paranóide	2,101	0.527	.592
Psicoticismo	2,101	2.882	.061
Resultado Total BSI	2,88	0.154	.858
IGS	2,88	0.154	.858
TSP	2,104	1.193	.307
ISP	2,88	0.764	.469

Tabela 39 - Apresentação dos resultados Post-hoc de Tukey da dimensão Psicoticismo das pessoas na “Velhice”

	Peso Normal vs Excesso de Peso (<i>p</i>)	Peso Normal vs Obesidade (<i>p</i>)	Excesso de Peso vs Obesidade (<i>p</i>)
Psicoticismo	.047	ns	ns

Nota: ns = não significativo

Tabela 40 - Apresentação das médias das dimensões do BSI tendo em conta as Categorias do IMC para as pessoas na Fase “Velhice”

	Psicoticismo	
	n	M (DP)
Peso Normal	24	0.275 (0.358)
Excesso de Peso	50	0.572 (0.527)
Obesidade	30	0.473 (0.542)

Apesar da tabela referente à análise da variância (ANOVA) não revelar qualquer diferença estatisticamente significativa nas dimensões do BSI e no que concerne às “Categorias do IMC”, após a realização do Teste de *Post-hoc* de Tukey é possível constatar que existem realmente diferenças na dimensão Psicoticismo ($F(2,101) = 2.882, p = .061$) entre as pessoas com “Peso normal” e as pessoas com “Excesso de Peso” ($p = .047$), sendo as pessoas com “Excesso de Peso” as que apresentam uma média maior nesta dimensão ($M = 0.572$; “Peso Normal”, $M = 0.275$).

VI. Objetivo 7: Diferenças dos resultados do BSI entre género tendo em conta as Categorias do IMC, em cada uma das fases do desenvolvimento

A partir da análise dos dados recolhidos, com base no teste *t-student*, obtiveram-se resultados relativamente ao género das pessoas com “Peso Normal” na fase “Início da Idade Adulta” que permitiram apurar as diferenças entre género tendo em conta cada uma das categorias do IMC e cada uma das fases do desenvolvimento psicológico por Erikson.

Tabela 41 - Apresentação dos resultados do Teste *t-Student* para o Género das pessoas com “Peso Normal” e no “Início da Idade Adulta”

		n	M (DP)	df	t	p
Somatização				284	-2.954*	.003
	Mulher	191	0.447 (0.571)			
	Homem	95	0.262 (0.312)			
Obsessões-Compulsões				284	0.047	.962
	Mulher	190	0.990 (0.802)			
	Homem	96	0.995 (0.643)			
Sensibilidade Interpessoal				282	-2.696**	.007
	Mulher	188	0.8484 (0.813)			
	Homem	96	0.6016 (0.529)			
Depressão				283	-2.153**	.032
	Mulher	190	0.839 (0.811)			
	Homem	95	0.637 (0.594)			
Ansiedade				283	-2.424**	.016
	Mulher	189	0.556 (0.696)			
	Homem	96	0.745 (0.450)			
Hostilidade				283	-0.827	.409
	Mulher	189	0.695 (0.667)			
	Homem	96	0.629 (0.575)			
Ansiedade Fóbica				284	-1.198	.232
	Mulher	191	0.384 (0.566)			
	Homem	95	0.305 (0.434)			
Ideação Paranóide				284	-0.431	.667
	Mulher	191	0.904 (0.829)			
	Homem	95	0.861 (0.697)			
Psicoticismo				285	-0.549	.583
	Mulher	191	0.638 (0.715)			
	Homem	96	0.592 (0.569)			
Res. Total BSI				263	-2.078**	.039
	Mulher	174	39.287 (31.184)			
	Homem	91	31.593 (20.068)			
IGS				263	-2.078**	.039
	Mulher	174	0.741 (0.607)			
	Homem	91	0.596 (0.379)			
TSP				288	-0.770	.442
	Mulher	193	22.295 (14.052)			
	Homem	97	21.041 (10.907)			
ISP				260	-2.329**	.021
	Mulher	171	1.563 (0.486)			
	Homem	91	1.429 (0.347)			

* $p < .005$; ** $p < .05$

Decorrendo da análise dos resultados do Teste *t-Student*, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao género nas seguintes dimensões: “Somatização”; “Sensibilidade Interpessoal”; “Depressão”; “Ansiedade”; “Resultado Total do BSI”; “IGS” e, “ISP”.

Na “Somatização” ($t(284) = -2.954$; $p = .003$; $d = -0.403$) a dimensão do efeito é média ($d = -0.403$) e, de acordo com o I.C. a 95% $]-0.309; -0.062[$, os homens apresentam entre 0.062 e 0.309 menos valor médio do que as mulheres.

No que concerne à “Sensibilidade Interpessoal” ($t(282) = -2.696$; $p = .007$; $d = -0.359$) a dimensão do efeito é média ($d = -0.359$) e, tendo em conta o I.C. a 95% $]-0.427; -0.067[$, é então possível referir que os homens apresentam entre 0.067 e 0.427 menos pontuação média do que as mulheres.

Na dimensão “Depressão” ($t(283) = -2.153$; $p = .032$; $d = -0.284$) a dimensão do efeito é média ($d = -0.284$) e, ao analisar o I.C. a 95% $]-0.386; -0.017[$, verifica-se que os homens apresentam entre 0.017 e 0.386 menos pontuação média do que as mulheres.

A dimensão “Ansiedade” e, considerando o I.C. a 95% $]-0.344; -0.036[$, os homens manifestam entre 0.036 e 0.344 menos valor médio do que as mulheres.

O Resultado Total do BSI ($t(263) = -2.078$; $p = .039$; $d = -0.287$) evidencia uma dimensão do efeito média ($d = -0.287$) e, ao analisar os resultados do I.C. a 95% $]-14.985; -0.403[$, é possível verificar que os homens registam entre 0.403 a 14.85 menos pontuação média do que as mulheres.

O “IGS” ($t(263) = -2.078$; $p = .039$; $d = -0.287$) também apresenta diferenças estatisticamente significativas, sendo possível verificar que a dimensão do efeito é média ($d = -0.287$) e, observando os resultados do I.C. a 95% $]-0.283; -0.008[$, os homens apresentam entre 0.008 e 0.283 menos pontuação média do que as mulheres.

Respetivamente ao “ISP” ($t(260) = -2.329$; $p = .021$; $d = -0.317$) a dimensão do efeito é média ($d = -0.317$) e, os resultados do I.C. a 95% $]-0.247; -0.021[$, indicam que os homens apresentam uma pontuação média entre 0.021 e 0.247 abaixo do valor obtido pelas mulheres.

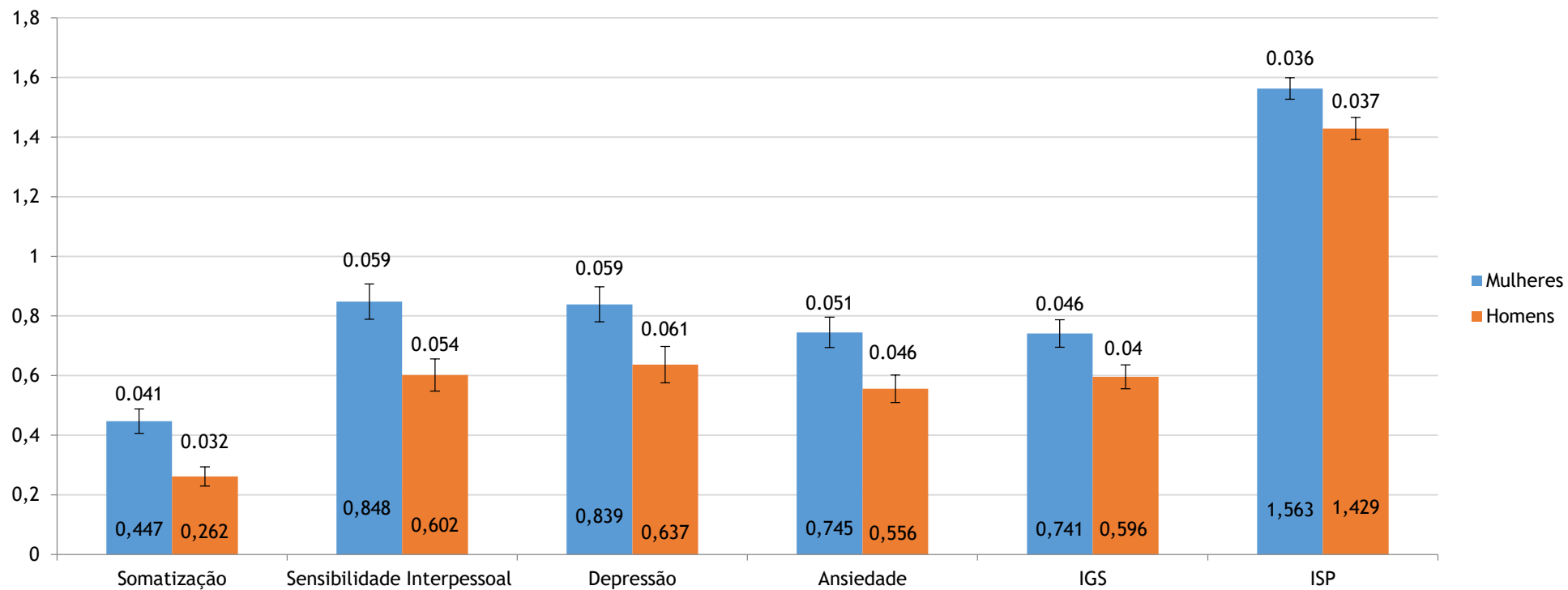


Figura 2 - Resultados médios e desvios padrão das dimensões do BSI por género nas pessoas no "Início da Idade Adulta" e com "Peso Normal"

Tabela 42 -Apresentação dos resultados do Teste *t-Student* para o Género das pessoas com “Excesso de Peso” no “Início da Idade Adulta”

		n	M (DP)	df	t	p
Somatização				82	0.334	.739
	Mulher	60	0.500 (0.593)			
	Homem	24	0.548 (0.582)			
Obsessões-Compulsões				83	0.515	.608
	Mulher	62	1.038 (0.710)			
	Homem	23	1.130 (0.810)			
Sensibilidade Interpessoal				84	0.349	.728
	Mulher	62	0.839 (0.758)			
	Homem	24	0.906 (0.917)			
Depressão				82	0.124	.901
	Mulher	60	0.856 (0.883)			
	Homem	24	0.882 (0.872)			
Ansiedade				80	0.055	.956
	Mulher	61	0.822 (0.793)			
	Homem	21	0.833 (0.758)			
Hostilidade				84	1.863	.066
	Mulher	62	0.684 (0.522)			
	Homem	24	0.950 (0.754)			
Ansiedade Fóbica				83	0.861	.392
	Mulher	61	0.380 (0.687)			
	Homem	24	0.525 (0.724)			
Ideação Paranóide				84	-0.868	.388
	Mulher	62	0.867 (0.677)			
	Homem	24	1.023 (0.772)			
Psicoticismo				81	0.787	.434
	Mulher	60	0.663 (0.768)			
	Homem	23	0.809 (0.715)			
Res. Total BSI				75	0.568	.571
	Mulher	58	40.862 (32.411)			
	Homem	19	45.895 (36.713)			
IGS				75	0.568	.571
	Mulher	58	0.771 (0.612)			
	Homem	19	0.866 (0.693)			
TSP				84	1.110	.270
	Mulher	62	23.226 (12.953)			
	Homem	24	27.000 (16.906)			
ISP				75	-0.593	.555
	Mulher	58	1.585 (0.497)			
	Homem	19	1.510 (0.412)			

Ao analisar a tabela referente ao Teste *t-Student* relativo ao grupo do “Início da Idade Adulta” com “Excesso de Peso”, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação a género.

Tabela 43 - Apresentação dos resultados do Teste *t-Student* para o Gênero das pessoas com “Obesidade” no “Início da Idade Adulta”

		n	M (DP)	df	t	p
Somatização	Mulher	16	0.804 (0.923)	2	-0.452	.656
	Homem	7	0.633 (0.552)			
Obsessões-Compulsões	Mulher	18	1.001 (0.845)	24	-0.402	.691
	Homem	8	0.875 (0.616)			
Sensibilidade Interpessoal	Mulher	18	1.000 (0.943)	24	-0.517	.610
	Homem	8	0.813 (0.579)			
Depressão	Mulher	18	1.120 (1.181)	24	-0.247	.807
	Homem	8	1.000 (1.065)			
Ansiedade	Mulher	18	0.843 (0.843)	24	0.051	.960
	Homem	8	0.861 (0.440)			
Hostilidade	Mulher	18	0.778 (0.632)	24	0.189	.851
	Homem	8	0.825 (0.459)			
Ansiedade Fóbica	Mulher	18	0.600 (0.647)	24	-0.573	.572
	Homem	8	0.450 (0.532)			
Ideação Paranóide	Mulher	18	1.000 (0.913)	24	-0.070	.945
	Homem	8	0.975 (0.654)			
Psicoticismo	Mulher	18	0.744 (0.842)	24	0.307	.762
	Homem	8	0.850 (0.723)			
Res. Total BSI	Mulher	16	48.313 (40.855)	19	0.494	.627
	Homem	5	57.800 (20.167)			
IGS	Mulher	16	0.912 (0.771)	19	0.499	.627
	Homem	5	1.091 (0.381)			
TSP	Mulher	18	26.778 (14.655)	24	0.134	.895
	Homem	8	27.625 (15.491)			
ISP	Mulher	16	1.609 (0.649)	19	-0.080	.937
	Homem	5	1.584 (0.448)			

Na sequência da análise dos dados da tabela referente ao Teste *t-Student* relativo ao grupo do “Início da Idade Adulta” com “Obesidade”, é possível afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação a gênero.

Tabela 44 - Apresentação dos resultados do Teste *t-Student* para o Género das pessoas com “Peso Normal” e na “Idade Adulta”

		n	M (DP)	df	t	p
Somatização				39	-0.883	.383
	Mulher	34	0.391 (0.538)			
	Homem	7	0.204 (0.307)			
Obsessões-Compulsões				37	-0.109	.914
	Mulher	33	0.753 (0.611)			
	Homem	6	0.722 (0.728)			
Sensibilidade Interpessoal				39	-0.719	.477
	Mulher	34	0.669 (0.698)			
	Homem	7	0.464 (0.619)			
Depressão				39	-0.079	.938
	Mulher	34	0.598 (0.787)			
	Homem	7	0.571 (0.957)			
Ansiedade				39	0.293	.771
	Mulher	34	0.529 (0.677)			
	Homem	7	0.619 (0.999)			
Hostilidade				38	-0.111	.912
	Mulher	34	0.488 (0.444)			
	Homem	6	0.467 (0.393)			
Ansiedade Fóbica				37	0.122	.904
	Mulher	33	0.303 (0.510)			
	Homem	6	0.333 (0.817)			
Ideação Paranóide				38	-0.298	.767
	Mulher	34	0.724 (0.679)			
	Homem	6	0.633 (0.709)			
Psicoticismo				39	0.347	.730
	Mulher	34	0.388 (0.634)			
	Homem	7	0.486 (0.871)			
Res. Total BSI				34	0.600	.553
	Mulher	32	28.375 (28.828)			
	Homem	4	38.250 (48.335)			
IGS				34	0.600	.553
	Mulher	32	0.535 (0.544)			
	Homem	4	0.722 (0.912)			
TSP				40	-0.531	.598
	Mulher	34	19.118 (14.696)			
	Homem	8	16.125 (12.506)			
ISP				34	0.341	.735
	Mulher	32	1.325 (0.406)			
	Homem	4	1.404 (0.695)			

Após analisar os resultados respeitantes ao Teste *t-Student* para comparar as médias entre géneros é possível concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos na “Idade Adulta” e com “Peso Normal”.

Tabela 45 - Apresentação dos resultados do Teste t-Student para o Género para as pessoas com “Excesso de Peso” na “Idade Adulta”

		n	M (DP)	df	t	p
Somatização				50	-2.500*	.016
	Mulher	24	0.827 (0.640)			
	Homem	28	0.429 (0.510)			
Obsessões Compulsões				53	-2.273*	.027
	Mulher	26	1.128 (0.534)			
	Homem	29	0.787 (0.574)			
Sensibilidade Interpessoal				51	-2.204*	.046
	Mulher	26	0.933 (0.698)			
	Homem	27	0.565 (0.611)			
Depressão				53	-1.679	.099
	Mulher	26	0.910 (0.602)			
	Homem	29	0.626 (0.647)			
Ansiedade				53	-1.637	.108
	Mulher	26	0.968 (0.529)			
	Homem	29	0.701 (0.663)			
Hostilidade				53	-1.659	.103
	Mulher	26	0.823 (0.558)			
	Homem	29	0.586 (0.501)			
Ansiedade Fóbica				52	-1.584	.119
	Mulher	25	0.744 (0.689)			
	Homem	29	0.462 (0.619)			
Ideação Paranóide				53	-2.856*	.006
	Mulher	26	1.115 (0.700)			
	Homem	29	0.614 (0.602)			
Psicoticismo				53	-1.457	.151
	Mulher	26	0.769 (0.590)			
	Homem	29	0.524 (0.651)			
Res. Total BSI				47	-2.658*	.011
	Mulher	23	52.522 (26.910)			
	Homem	26	31.192 (28.990)			
IGS				47	-2.658*	.011
	Mulher	23	0.991 (0.508)			
	Homem	26	0.589 (0.547)			
TSP				53	-2.217*	.031
	Mulher	26	33.578 (16.539)			
	Homem	29	23.207 (17.991)			
ISP				44	-1.563	.125
	Mulher	23	1.403 (0.293)			
	Homem	23	1.261 (0.323)			

* p<.05

Ao analisar os resultados do Teste t-Student foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao género nas seguintes dimensões: “Somatização”; “Obsessões-Compulsões”; “Sensibilidade Interpessoal”; “Ideação Paranóide”; “Resultado Total do BSI”; “IGS” e “TSP”.

Na “Somatização” ($t(50) = -2.500; p = .016; d = 0.692$) a dimensão do efeito é elevada ($d = 0.692$) e, de acordo com o I.C. a 95% $]-0.719; -0.078[$, os homens apresentam entre 0.078 e 0.719 menos de pontuação média do que as mulheres.

No que concerne à dimensão “Obsessões-Compulsões” ($t(53) = -2.273; p = .027; d = 0.615$) a dimensão do efeito é elevada ($d = 0.615$) e, tendo em conta o I.C. a 95% $]-0.642; -0.040[$, é então possível referir que os homens apresentam entre 0.040 e 0.642 menos pontuação média do que as mulheres.

Relativamente à “Sensibilidade Interpessoal” ($t(51) = -2.204; p = .046; d = 0.561$) a dimensão do efeito é elevada ($d = 0.561$) e, ao analisar o I.C. a 95% $]-0.729; -0.007[$, verifica-se que os homens apresentam entre 0.007 e 0.729 menos valor médio do que as mulheres nesta dimensão.

A “Ideação Paranoíde” ($t(53) = -2.856; p = .006; d = 0.768$) apresenta uma dimensão do efeito elevada ($d = 0.768$) e, considerando o I.C. a 95% $]-0.854; -0.149[$, os homens apresentam uma pontuação média inferior às mulheres entre 0.149 e 0.854.

No Resultado Total do BSI ($t(47) = -2.658; p = .011; d = 0.763$) a dimensão do efeito é elevada ($d = 0.763$) e, ao analisar os resultados do I.C. a 95% $]-37.474; -5.185[$, confirma-se que os homens têm entre 5.185 a 37.474 menos pontuação média do que as mulheres no Resultado Total do BSI.

Tendo em conta o “IGS” ($t(47) = -2.658; p = .011; d = 0.763$) a dimensão do efeito é elevada ($d = 0.763$) e, observando os resultados do I.C. a 95% $]-0.707; -0.098[$, os homens apresentam um valor médio entre 0.098 e 0.707 abaixo da pontuação das mulheres.

O “TSP” ($t(53) = -2.217; p = .031; d = 0.598$) apresenta uma dimensão do efeito elevada ($d = 0.598$) e, os resultados do I.C. a 95% $]-19.753; -0.987[$, indicam que os homens apresentam entre 0.987 e 19.753 menos pontuação média do que as mulheres.

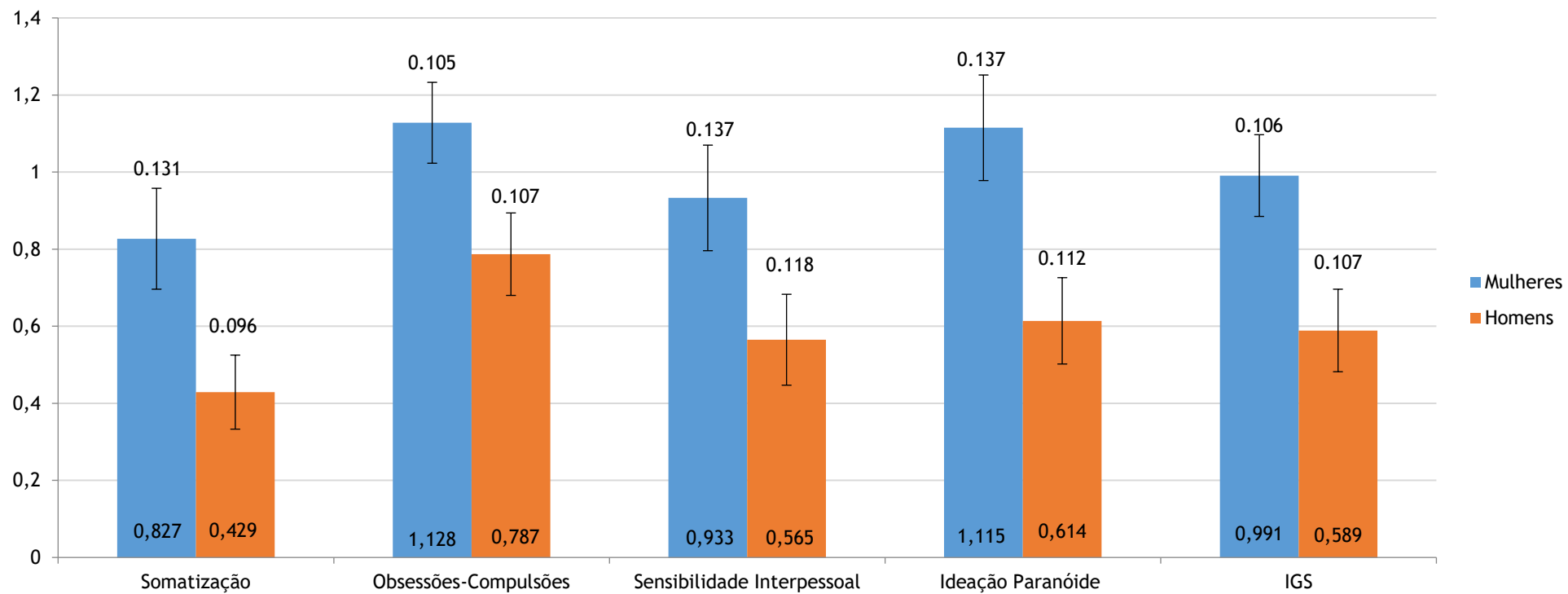


Figura 3 - Resultados médios e desvios padrão das dimensões do BSI por género nas pessoas na "Idade Adulta" e com "Excesso de Peso"

Tabela 46 - Apresentação dos resultados do Teste *t-Student* para o Género das pessoas com "Obesidade" na "Idade Adulta"

		n	M (DP)	df	t	p
Somatização				20	0.165	.870
	Mulher	11	0.766 (0.821)			
	Homem	11	0.818 (0.642)			
Obsessões-Compulsões				20	-0.893	.383
	Mulher	11	1.242 (0.848)			
	Homem	11	0.985 (0.444)			
Sensibilidade Interpessoal				19	0.869	.395
	Mulher	10	0.800 (0.675)			
	Homem	11	1.023 (0.493)			
Depressão				19	1.518	.146
	Mulher	11	0.636 (0.576)			
	Homem	10	1.000 (0.515)			
Ansiedade				20	0.390	.700
	Mulher	11	0.803 (0.623)			
	Homem	11	0.909 (0.651)			
Hostilidade				20	0.312	.758
	Mulher	11	0.818 (0.609)			
	Homem	11	0.891 (0.476)			
Ansiedade Fóbica				20	-0.141	.889
	Mulher	11	0.564 (0.650)			
	Homem	11	0.527 (0.553)			
Ideação Paranóide				19	-0.769	.452
	Mulher	10	0.960 (0.769)			
	Homem	11	0.727 (0.582)			
Psicoticismo				19	1.417	.173
	Mulher	10	0.582 (0.477)			
	Homem	11	0.900 (0.552)			
Res. Total BSI				17	0.730	.476
	Mulher	10	40.500 (30.830)			
	Homem	9	50.111 (26.036)			
IGS				17	0.730	.476
	Mulher	10	0.764 (0.582)			
	Homem	9	0.946 (0.491)			
TSP				20	1.046	.308
	Mulher	11	26.364 (18.326)			
	Homem	11	33.818 (14.912)			
ISP				16	-1.185	.253
	Mulher	9	1.454 (0.255)			
	Homem	9	1.314 (0.245)			

Sustentada na análise dos resultados referentes ao Teste *t-Student* para comparar as médias entre géneros, é possível concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos na "Idade Adulta" e com "Obesidade".

Tabela 47 - Apresentação dos resultados do Teste *t-Student* para o Género das pessoas com "Peso Normal" na "Velhice"

		n	M (DP)	df	t	p
Somatização				22	0.413	.684
	Mulher	14	0.622 (0.533)			
	Homem	10	0.714 (0.543)			
Obsessões-Compulsões				21	1.237	.230
	Mulher	14	0.726 (0.517)			
	Homem	9	1.074 (0.838)			
Sensibilidade Interpessoal				22	0.322	.750
	Mulher	14	0.589 (0.648)			
	Homem	10	0.675 (0.635)			
Depressão				22	-0.062	.951
	Mulher	14	0.786 (0.888)			
	Homem	10	0.767 (0.473)			
Ansiedade				22	0.257	.799
	Mulher	14	0.524 (0.380)			
	Homem	10	0.567 (0.432)			
Hostilidade				22	-0.079	.938
	Mulher	14	0.457 (0.480)			
	Homem	10	0.440 (0.580)			
Ansiedade Fóbica				22	-0.281	.781
	Mulher	14	0.286 (0.357)			
	Homem	10	0.240 (0.440)			
Ideação Paranóide				22	1.782	.089
	Mulher	14	0.486 (0.420)			
	Homem	10	0.860 (0.611)			
Psicoticismo				22	1.228	.232
	Mulher	14	0.200 (0.283)			
	Homem	10	0.380 (0.437)			
Res. Total BSI				21	0.754	.459
	Mulher	14	30.714 (14.876)			
	Homem	9	36.667 (23.168)			
IGS				21	0.754	.459
	Mulher	14	0.580 (0.281)			
	Homem	9	0.682 (0.437)			
TSP				22	1.174	.253
	Mulher	14	16.000 (6.445)			
	Homem	10	21.200 (14.816)			
ISP				21	-1.927	.068
	Mulher	14	1.880 (0.359)			
	Homem	9	1.607 (0.284)			

Os resultados referentes ao Teste *t-Student* para comparar as médias entre géneros revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos na "Velhice" e com "Peso Normal".

Tabela 48 - Apresentação dos resultados do Teste *t-Student* para o Género das pessoas com "Excesso de Peso" e na "Velhice"

		n	M (DP)	df	t	p
Somatização				50	-1.679	.099
	Mulher	29	0.763 (0.571)			
	Homem	23	0.553 (0.427)			
Obsessões-Compulsões				48	-0.265	.792
	Mulher	28	0.929 (0.677)			
	Homem	22	0.879 (0.639)			
Sensibilidade Interpessoal				49	-1.548	.128
	Mulher	29	0.776 (0.822)			
	Homem	22	0.466 (0.519)			
Depressão				49	-0.544	.589
	Mulher	29	0.833 (0.748)			
	Homem	22	0.727 (0.603)			
Ansiedade				50	-1.581	.120
	Mulher	29	0.787 (0.739)			
	Homem	23	0.515 (0.417)			
Hostilidade				49	0.223	.825
	Mulher	28	0.457 (0.538)			
	Homem	23	0.487 (0.385)			
Ansiedade Fóbica				49	-1.732	.090
	Mulher	28	0.643 (0.757)			
	Homem	23	0.339 (0.402)			
Ideação Paranóide				48	-1.643	.107
	Mulher	28	0.957 (0.880)			
	Homem	22	0.609 (0.518)			
Psicoticismo				48	0.438	.664
	Mulher	28	0.543 (0.557)			
	Homem	22	0.609 (0.496)			
Res. Total BSI				41	-0.801	.428
	Mulher	25	38.640 (25.374)			
	Homem	18	32.833 (20.408)			
IGS				41	-0.801	.428
	Mulher	25	0.729 (0.479)			
	Homem	18	0.620 (0.385)			
TSP				50	-0.122	.903
	Mulher	29	20.552 (14.267)			
	Homem	23	20.087 (12.685)			
ISP				41	2.942*	.005
	Mulher	25	1.951 (0.487)			
	Homem	18	1.505 (0.496)			

* $p < .05$

Após analisar a tabela referente ao Teste *t-Student* sobre as médias entre géneros nas pessoas com “Excesso de Peso” e na fase de desenvolvimento psicológico “Velhice” é possível verificar diferenças estatisticamente significativas no ISP ($t(41) = -2.942$; $p = .005$; $d = 0.907$). A dimensão do efeito é elevada ($d = 0.907$) e, os resultados do I.C. a 95% $]-0.753; -0.140[$ indicam que os homens apresentam entre 0.140 e 0.753 menos pontuação média do que as mulheres no “ISP”.

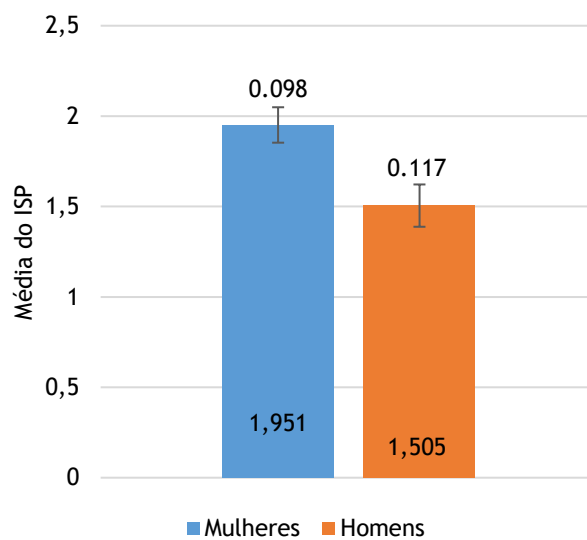


Figura 4 - Resultados médios obtidos no ISP por género nas pessoas na “Velhice” e com “Excesso de Peso”.

Tabela 49 - Apresentação dos resultados do Teste t-Student para o Género das pessoas com "Obesidade" na "Velhice"

		n	M (DP)	df	t (gl)	p
Somatização				28	-3.635*	.001
	Mulher	14	1.378 (0.657)			
	Homem	16	0.607 (0.502)			
Obsessões-Compulsões				28	-0.780	.442
	Mulher	13	1.667 (0.735)			
	Homem	17	0.980 (0.556)			
Sensibilidade Interpessoal				29	-0.789	.436
	Mulher	14	0.750 (0.714)			
	Homem	17	0.559 (0.634)			
Depressão				27	-0.161	.874
	Mulher	12	0.819 (0.812)			
	Homem	17	0.775 (0.690)			
Ansiedade				29	-1.040	.307
	Mulher	14	0.857 (0.650)			
	Homem	17	0.637 (0.528)			
Hostilidade				29	0.203	.841
	Mulher	14	0.543 (0.403)			
	Homem	17	0.577 (0.499)			
Ansiedade Fóbica				27	-1.245	.224
	Mulher	12	0.750 (0.683)			
	Homem	17	0.447 (0.619)			
Ideação Paranóide				28	-0.849	.403
	Mulher	13	0.939 (0.834)			
	Homem	17	0.718 (0.592)			
Psicoticismo				28	0.102	.919
	Mulher	13	0.462 (0.550)			
	Homem	14	0.482 (0.553)			
Res. Total BSI				23	-1.115	.276
	Mulher	9	42.556 (25.269)			
	Homem	16	31.563 (22.745)			
IGS				23	-1.115	.276
	Mulher	9	0.803 (0.477)			
	Homem	16	0.596 (0.429)			
TSP				29	0.042	.967
	Mulher	14	23.429 (12.464)			
	Homem	17	23.647 (15.787)			
ISP				23	-3.352*	.003
	Mulher	9	1.966 (0.399)			
	Homem	16	1.442 (0.362)			

* p<.05

De acordo com o teste *t-Student* as diferenças estatisticamente significativas verificaram-se na dimensão “Somatização” e no “ISP”. Na dimensão “Somatização” ($t(28) = -3.635$; $p = .001$; $d = 1.317$) a dimensão do efeito é muito elevada ($d = 1.317$) e, de acordo com o I.C. a 95% $]-1.205; -0.336[$, os homens apresentam entre 0.336 e 1.205 menos de pontuação média do que as mulheres.

No “ISP” ($t(23) = -3.352$; $p = .003$; $d = 1.376$) a dimensão do efeito é muito elevada ($d = 1.376$) e, tendo em conta o I.C. a 95% $]-0.847; -0.201[$, conclui-se que os homens apresentam entre 0.201 e 0.847 menos pontuação média do que as mulheres no “ISP”.

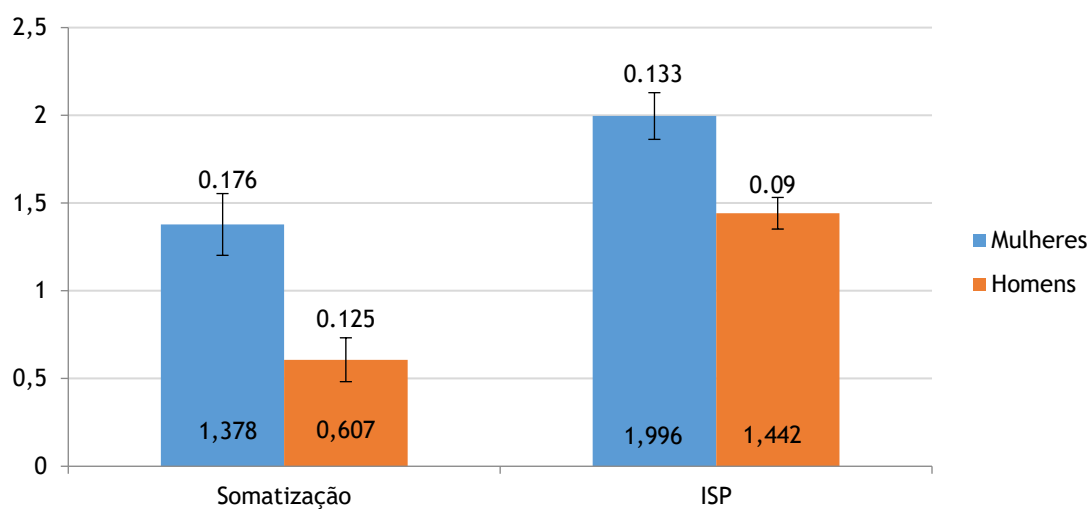


Figura 5 - Resultados médios obtidos no BSI por género nas pessoas com "Obesidade" na "Velhice"

Discussão dos Resultados e Conclusões

O presente estudo teve como objetivo investigar as diferenças existentes nos resultados dos sintomas psicopatológicos entre as categorias do IMC nas diferentes fases do desenvolvimento psicológico e entre géneros. Ou seja, neste trabalho pretende-se refletir sobre a influência do peso (IMC) na saúde mental em cada uma das fases do desenvolvimento psicológico. Com esta investigação, pretende-se também, abrir um caminho ao estudo dos efeitos do excesso de peso e obesidade na saúde mental e contribuir assim para um delineamento de projetos interventivos nesta área, promovendo a saúde mental da população geral.

A revisão da literatura efetuada sobre a temática tornou ainda mais evidente a pertinência da realização de um estudo mais alargado, abrangendo uma vasta multiplicidade de sintomas psicopatológicos, uma vez que a maioria dos estudos consultados avalia apenas a depressão e a ansiedade.

Quanto aos resultados do estudo, estes, globalmente, indicaram que a prevalência do “Excesso de Peso” é maior nas mulheres (18.6%) do que nos homens (12.1%). No entanto, este resultado não corrobora, por exemplo, os estudos de Johnston, Johnston, McLeod e Johnston (2004); Bjerkeset, Romunstad, Evans e Gunnell (2008); Terracciano e colaboradores (2009); Veggi, Lopes, Faerstein e Sichieri (2004) que constatarem que os homens apresentam uma maior prevalência no “Excesso de Peso”.

A investigação realizada revelou que, tendo em conta a amostra total, a prevalência da obesidade é maior entre as mulheres (6.8%; Homens = 5.7%), facto que é corroborado por Scott e colaboradores (2008); Rivenes, Harvey e Mykletun (2009); Mokdad e colaboradores (1999); Wit, Starten, Herten, Penninx e Cuijpers (2009); Simon e colaboradores (2006); Bjerkeset e colaboradores (2008); Johnston e colaboradores (2004); e, Terracciano e colaboradores (2009). No entanto autores como: Kelly, Daniel, Grande e Taylor (2011); Ciarrochi, Sahdra, Marshall, Parker e Horwath (2014); Kloiber e colaboradores (2007); e, Maguen e colaboradores (2013) não obtiveram os mesmos resultados, apresentando os homens uma prevalência maior no que concerne à obesidade.

As causas que poderão estar na base destes resultados, “prevalência da obesidade ser maior nas mulheres”, poderão derivar de diversos fatores: desordens endócrinas, como por exemplo, o hipotireoidismo e problemas do hipotálamo, alterações no metabolismo de corticosteroides, ovariectomia, síndrome de ovários policísticos (Francischi et al., 2000; Guilá & Verónica, 2003); modificações nas atividades de lazer tendo passado a realizar-se atividades com menor gasto energético; diminuição da atividade física e aumento do sedentarismo; aumento da utilização de eletrodomésticos nas tarefas do quotidiano, com conseqüente redução do gasto energético, como por exemplo, lavar a roupa à máquina em detrimento da sua lavagem manual (Anjos, 2006); modificações dietéticas, incluindo alimentos pré-fabricados com alto teor lipídico/calórico; solidão; fatores psicológicos e familiares (Damiani, Damiani, & Oliveira, 2002). Estudos longitudinais já realizados sugerem também que as mulheres relativamente aos

homens revelam o dobro do risco de adquirirem grandes ganhos de peso ao longo da vida, o que para além do que já foi referenciado, poderá ficar a dever-se às gestações, à história familiar de obesidade, ao casamento em idade precoce e à cessação de tabagismo (Ball, Brown, & Crawford, 2002).

Este estudo indicou, também, que a prevalência da obesidade na população idosa é maior nos homens (15.9%; Mulheres = 13.1%), resultado que é refutado pelos seguintes estudos, cujos resultados indicam que as mulheres detêm maior prevalência na categoria “Obesidade”: Zhi e colaboradores (2015); Cabrera e Filho (Cabrera & Filho, 2001); Chang e Yen (2012); Santos e Sichieri (Santos & Sichieri, 2005); Silveira, Kac e Barbosa (2009); Pereira, Sydrides e Andrade (2016); Groessl, Kaplan, Barrett-Connor e Ganiats (2004); e, Gomes-Neto e colaboradores (2016). Este resultado terá, contudo, que ser interpretado com cautela devido ao reduzido tamanho da população idosa nesta amostra.

Constata-se neste estudo que a prevalência do “Excesso de Peso” aumenta com a idade entre as mulheres. O que corrobora estudos como os de Ali e Lindström (2006) e Martin-Rodriguez e Colaboradores (2016). A prevalência da “Obesidade” aumenta com a idade tanto entre as mulheres como entre os homens, resultado que é corroborado por Ali e Lindström (2006).

Com este estudo foi possível concluir que as “Categorias do IMC” têm um efeito relevante e significativo sobre as dimensões da somatização, ansiedade fóbica e TSP.

No Início da Idade Adulta foram encontradas diferenças significativas na dimensão “Somatização” entre as pessoas com “Peso Normal” e “Obesidade”, apresentando as últimas a média mais elevada.

No que concerne à dimensão do BSI “Depressão”, tendo em conta a totalidade da amostra, as mulheres registaram valores mais significativos que os homens, resultados que corroboram estudos como os de Johnston e colaboradores (2004) e Rivenes e colaboradores (2009).

Teodoro (2010) referencia na sua obra que as verdadeiras causas da depressão nem sempre são percebidas pelo doente e pelas pessoas com quem este se relaciona, por estarem associadas a conteúdos pouco perceptíveis e a processos psicológicos e orgânicos complexos. Apesar disso, salienta que a depressão atinge mais as mulheres do que os homens, devido às consequências do papel social desempenhado por cada género, à especificidade emocional das mulheres e a aspetos fisiológicos/hormonais e genéticos como por exemplo o pós-parto e a menopausa, entre outros (Teodoro, 2010). Albala, Kain, Burrows e Díaz (2000) referem que o desenvolvimento de perturbações depressivas apresenta uma correlação com estatutos socioeconómicos mais altos, por ser neles que as pressões sociais se fazem sentir mais acentuadamente. Por outro lado, o World Mental Health Surveys (WHO, 2012) revela que também as mulheres com baixo e médio rendimento apresentam associação com episódios depressivos.

Noutra linha de pensamento, Marques-Teixeira (1998), alerta para o facto de ser necessário ter alguma contenção na leitura destes resultados uma vez que aqueles poderão não corresponder a diferenças reais entre homens e mulheres, mas apenas revelar um maior pedido de auxílio por parte das mulheres com sintomas depressivos.

Esta investigação revelou também que a média da dimensão “Depressão” aumenta com o aumento do IMC, apresentando as pessoas com “Obesidade” uma média mais elevada, resultado que corrobora estudos de Rivenes e colaboradores (2009).

O resultado obtido nesta dimensão é corroborado, também, por Matos e Zanella (2005, cit. in Tosetto & Júnior, 2008) que no seu estudo com pacientes obesos (IMC igual ou superior a 50) referenciou uma alta incidência de transtornos alimentares, sintomas de ansiedade e preocupação com a imagem corporal. Tal observação, segundo Segal (2003, cit. in Tosetto & Júnior, 2008), parece estabelecer com o índice de massa corporal (IMC) uma relação diretamente proporcional. Por outro lado, muitas vezes a depressão aparece associada a fatores de stresse relacionados com a persistência de uma dicotomia entre a valorização da imagem social em que se sobrevalorizam os ideais de “magreza”, e a imagem real do próprio indivíduo, que, na opinião de Almeida, Loureiro e Santos (2001), promove, de certa forma, uma aversão à gordura que contribui para uma baixa autoestima e uma redução do autoconceito. Novaes e Vilhena (2003) salientam que na sociedade atual a imagem da mulher, em particular, e do feminino, em geral, continua associada ao ideal de beleza, existindo alguma resistência à aceitação dos desvios nos padrões estéticos socialmente definidos.

Este estudo demonstrou ainda que as pessoas com “Obesidade” foram as que tiveram uma pontuação mais elevada na “Ansiedade”. No entanto, os estudos de Terracciano e colaboradores (2009) refutam estes resultados uma vez que revelaram que as pessoas com “Excesso de Peso” foram as que obtiveram a média mais elevada.

No que concerne ao restante espectro de sintomas psicopatológicos não foram encontradas referências que especifiquem cada uma das dimensões abordadas de modo a permitir realizar uma comparação mais objetiva e rigorosa deste estudo. Da literatura disponível para consulta, foi possível constatar que há estudos que sustentam que o excesso de peso e obesidade estão associados a um maior risco de desenvolver perturbações psicopatológicas, afirmando que existe uma relação direta entre o aumento de peso e o risco de psicopatologia (Baumeister & Härter, 2007; Roberts et al., 2003).

Porém, torna-se importante ressaltar que este estudo permitiu ainda apurar outros resultados significativos: (1) no “Início da Idade Adulta” foram detetadas diferenças nos resultados médios da dimensão “Somatização” entre as pessoas com “Peso Normal” e “Obesidade” e diferenças entre mulheres e homens com “Peso Normal”, relativamente aos resultados médios das dimensões “Somatização”, “Sensibilidade Interpessoal”, “Depressão”, “Ansiedade”, “Resultado Total do BSI”, “IGS” e “ISP”, apresentando as mulheres as médias mais elevadas; (2) na “Idade Adulta” foram encontradas diferenças nos resultados médios da dimensão “Somatização” e “Hostilidade” entre as pessoas com “Peso Normal” e “Obesidade”, diferenças nos resultados médios do Total de Sintomas Positivos entre as pessoas com “Peso Normal” e “Excesso de Peso” e entre as pessoas com “Peso Normal” e “Obesidade” e, diferenças entre mulheres e homens com “Excesso de Peso” nas dimensões: “Somatização”, “Obsessões-Compulsões”, “Sensibilidade Interpessoal”, “Ideação Paranóide”, “Resultado Total do BSI”, “IGS” e “TSP”, sendo que as mulheres são as que detêm as médias mais elevadas; (3)

na “Velhice” foram verificadas diferenças nos resultados médios da dimensão “Psicoticismo” entre as pessoas com “Peso Normal” e “Excesso de Peso”, diferenças entre mulheres e homens com “Excesso de Peso” no Índice de Sintomas Positivos, apresentando as mulheres a média mais elevada e diferenças entre as mulheres e homens com “Obesidade” no “ISP”, sendo que são as mulheres quem detém a média mais elevada neste índice.

Estudar a relação entre Saúde Mental (sintomas psicopatológicos) e Índice de Massa Corporal requer a tomada de consciência da complexidade que se encontra associada à temática, sobretudo quando este estudo incide sobre uma população situada na idade adulta e na velhice. Esta constatação foi ainda mais perceptível à medida que se procedeu à consulta bibliográfica para a fundamentação do tema, uma vez que os estudos publicados sobre a temática são escassos, sendo ainda mais raros em relação à população portuguesa. Apesar disso, realizar este trabalho constituiu um enorme desafio pessoal uma vez que exigiu a aplicação de conhecimentos adquiridos, fomentou a aquisição de tantos outros e permitiu testar procedimentos e aptidões, vindo a revelar-se uma importante fonte de aprendizagem.

Globalmente, é possível afirmar que o presente estudo encerra várias potencialidades mas também algumas limitações, que se crê não serem redutoras. Assim, uma potencialidade deste estudo prende-se com o facto do instrumento utilizado, o BSI, abranger um maior número de sintomas psicopatológicos não restringindo o estudo dos mesmos.

Destaca-se, também, o facto de este estudo alertar para a importância do IMC na avaliação, compreensão e promoção da saúde mental ao longo do ciclo vital, especificamente, nas fases “Início da Idade Adulta”, “Idade Adulta” e “Velhice”.

Apesar de se considerar que a natureza da amostra (por conveniência e, portanto, limitada em termos geográficos) não pode ser representativa do universo estudado. No entanto, o estudo apresenta um N considerável podendo revelar muitas potencialidades enquanto estudo exploratório. Para futuras investigações seria importante a constituição de uma amostra representativa, abrangendo participantes de diferentes zonas territoriais/geográficas.

No que concerne às limitações deste estudo pode ser apontado o facto de existirem poucos estudos com o BSI, o que restringe uma discussão dos resultados mais abrangente e, por outro lado, limita a sua comparação com outras amostras. Uma outra limitação deriva do instrumento utilizado (BSI) não estar aferido para a população idosa. No entanto, esta investigação pode servir como um contributo para a aferição deste instrumento aplicado a esta faixa da população, constituindo, deste modo, mais um elemento para esse estudo.

De acordo com as conclusões obtidas, acredita-se que os objetivos do estudo foram validados e almeja-se que esta análise possa, ainda que modestamente, vir a constituir uma mais-valia para quantos pretendam desenvolver a temática noutras vertentes. Neste sentido, entende-se que é pertinente, em futuras investigações, considerar esta mesma amostra no sentido de se apurar se existe algum tipo de associação entre as categorias do IMC e os resultados das dimensões do BSI. Também se julga ser interessante analisarem-se os dados tendo em conta o género, explorando possíveis diferenças entre as fases do ciclo vital e as categorias do IMC em cada género. Seria igualmente oportuno aferir o BSI para a população idosa, uma vez que este

se apresenta como um inventário que avalia uma vasta extensão de sintomas psicopatológicos, sendo um instrumento de fácil e rápida aplicação.

Em suma, pensamos ser importante salientar o quanto se torna relevante entender os sintomas psicopatológicos como sinais, uma vez que constituem “modos de vivência e de comportamento, reconhecíveis como iguais ou similares, e que se destacam do habitual e cotidiano próprio das pessoas de uma determinada esfera cultural” (Scharfetter, 2005, p.45) e, por isso, suscetíveis de poderem ser identificados, analisados e entendidos.

Referências Bibliográficas

- Adams, K. F., Schatzkin, A., Harris, T. B., Kipnis, V., Mouw, T., Ballard-Barbash, R., ... Leitzmann, M. F. (2006). Overweight, Obesity, and Mortality in a Large Prospective Cohort of Persons 50 to 71 Years Old. *The New England Journal of Medicine*, 355(8), 1721-1730. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1301689>
- Albala, C., Kain, J., Burrows, R., & Díaz, E. (2000). *Obesidad: un desafío pendiente*. Chile: Editorial Universitaria.
- Ali, S. M., & Lindström, M. (2006). Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: Differing patterns for underweight and overweight/obesity. *European Journal of Public Health*, 16(3), 324-330. <http://doi.org/10.1093/eurpub/cki187>
- Almeida, An. M. de O., & Cunha, G. G. (2003). Representações Sociais do Desenvolvimento Humano. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 16(1), 147-155. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722003000100015>
- Almeida, G., Loureiro, S., & Santos, J. (2001). Obesidade Mórbida em Mulheres: Estilos Alimentares e Qualidade de Vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 5(4), 359-365.
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., ... Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1.º Relatório*. Lisboa.
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2014). Health consequences of obesity in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5(3), 63-67. <http://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.01.004>
- Anjos, L. A. (1992). Índice de massa corporal (massa corporal.estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Revista de Saude Publica*, 26(6), 431-436. <http://doi.org/10.1590/S0034-89101992000600009>
- Anjos, L. A. dos. (2006). *Obesidade e saúde pública*. <http://doi.org/10.7476/9788575413449>
- Babiarczyk, B., & Turbiarz, A. (2012). Body Mass Index in elderly people -do the reference ranges matter? *Prog Health Sci Poland Prog Health Sci*, 2(2), 58-67.
- Ball, K., Brown, W., & Crawford, D. (2002). Who does not gain weight? Prevalence and predictors of weight maintenance in young women. *International Journal of Obesity*, 26(12), 1570-1578. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802150>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-35). Canada: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life Span Theory in Developmental Psychology. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology - Volume 1* (6ª Edição,

- pp. 569-664). Estados Unidos da América: Wiley.
<http://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0111>
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From Developmental Contextualism to Developmental Biocultural Co-constructivism. *Research in Human Development, 1*(3), 123-144. <http://doi.org/10.1207/s15427617rhd0103>
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology, 50*, 471-507.
- Barbosa, A. R., Souza, J. M., Lebrão, M. L., Laurenti, R., & Marucci, M. de F. (2005). Anthropometry of elderly residents in the city of. *Cadernos de Saúde Pública, 21*(6), 1929-1938.
- Baumeister, H., & Härter, M. (2007). Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *International Journal of Obesity, 31*(7), 1155-1164. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803556>
- Bento Veggi, A., Lopes, C. S., Faerstein, E., & Sichieri, R. (2004). Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(4), 242-247. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462004000400007>
- Berryman, J. C., Hargreaves, D., Herbert, M., & Taylor, A. (2001). Estudando o Desenvolvimento. In J. C. Berryman, D. Hargreaves, M. Herbert, & A. Taylor (Eds.), *A Psicologia Do Desenvolvimento Humano* (pp. 307-330). Lisboa: Instituto Piaget.
- Bjerkset, O., Romundstad, P., Evans, J., & Gunnell, D. (2008). Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: The HUNT study. *American Journal of Epidemiology, 167*(2), 193-202. <http://doi.org/10.1093/aje/kwm280>
- Brandtstädter, J., & Wentura, D. (1995). Adjustment to Shifting Possibility Frontiers in Later Life: Complementary Adaptive Modes. In R. A. Dixon & L. Bäckman (Eds.), *Compensating for Psychological Deficits and Declines: Managing Losses and Promoting Gains* (pp. 83-106). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cabrera, M. A. S., & Filho, W. J. (2001). Obesidade em Idosos: Prevalência, Distribuição e Associação Com Hábitos e Co-Morbidades. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 45*(5), 494-501.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em PORTugal* (pp. 95-109). Braga.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) - Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 305-330). Coimbra: Quarteto.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts:

- Results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90(2), 251-257. <http://doi.org/10.2105/AJPH.90.2.251>
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 18(1), 39-46. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722005000100006>
- Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2015). *Adult Development and Aging* (7ª Edição). Estados Unidos da América: Cengage Learning. Retrieved from https://books.google.pt/books?id=ONsbCgAAQBAJ&dq=adult+development+and+aging&hl=pt-PT&source=gbs_navlinks_s
- Cervi, A., Franceschini, S., & Priore, S. E. (2005). Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev. Nutr*, 18(6), 765-775. <http://doi.org/10.1590/S1415-52732005000600007>
- Chang, H., & Yen, S. T. (2012). Association between obesity and depression: Evidence from a longitudinal sample of the elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*, 16(2), 173-180. <http://doi.org/10.1080/13607863.2011.605053>
- Ciarrochi, J., Sahdra, B., Marshall, S., Parker, P., & Horwath, C. (2014). Psychological flexibility is not a single dimension: The distinctive flexibility profiles of underweight, overweight, and obese people. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 236-247. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.07.002>
- Clemente, L., Moreira, P., Oliveira, B., & Vaz De Almeida, M. D. (2004). Índice de massa corporal: Sensibilidade e especificidade. *Acta Medica Portuguesa*, 17(5), 353-358. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102009000100007>
- Committee on Community-Level Programs for Youth. (2002). *Community Programs to Promote Youth Development*. (J. Eccles & J. A. Gootman, Eds.) *The National Academies Press*. Washington, DC: National Academy Press. <http://doi.org/10.1097/00004703-200510000-00009>
- Committee on Diet and Health, Commission on Life Sciences, Division on Earth and Life Studies, & Nation Research Council. (1989). *Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk*. Washington, DC: National Academy Press.
- Cortez, A. C. L., & Martins, M. D. C. D. C. (2012). Indicadores Antropométricos do Estado Nutricional em Idosos : Uma Revisão Sistemática. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saude*, 14(4), 271-278.
- Costa, A. L. da, Varela, J. S., Cruz, M. R., Costa, A. F., Picon, P. D., Moriguch, E., & Chaves, M. L. F. (2010). Body mass index , cognitive deficit and depressive symptoms in high cardiovascular risk patients, 4(4), 313-319.
- Coutinho, B. M. da S. S. (2010). *Base segura : a vinculação no contexto da transição para a idade adulta*. Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia. Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2770>
- Damiani, D., Damiani, D., & Oliveira, R. (2002). Obesidade - Fatores Genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, 38(3).

- DGS. (2016). Portugal - Alimentação Saudável em números - 2015. *Direção Geral Da Saúde*, Lisboa.
- Diehl, M. (1999). Self-Development in Adulthood and Aging: The Role of Critical Life Events. In *The Self and Society in Aging Processes* (pp. 150-186). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton & Company.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The Life Cycle Completed*. New York: W. W. Norton & Company.
- Faith, M. S., Matz, P. E., & Jorge, M. a. (2002). Obesity-depression associations in the population. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 935-942. [http://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00308-2](http://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00308-2)
- Firmino, H. (2016). Avaliação Médico-Psiquiátrica da Pessoa Mais Velha. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Eds.), *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas* (pp. 111-126). Lisboa: LIDEL.
- Fisberg, M. (2006). Obesidade na infância e adolescência. *XI Congresso Ciências Do Desporto E Educação Física Dos Países de Língua Portuguesa*, 20(5), 163-164.
- Flynn, J. R. (1999). Searching for justice: The discovery of IQ gains over time. *American Psychologist*, 54(1), 5-20. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.54.1.5>
- Francischi, R. P. P. De, Pereira, L. O., Freitas, C. S., Klopfer, M., Santos, R. C., Vieira, P., & Lancha Júnior, A. H. (2000). Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, 13(1), 17-28. <http://doi.org/10.1590/S1415-52732000000100003>
- Frayling, T. M., Timpson, N. J., Weedon, M. N., Freathy, R. M., Lindgren, C. M., Perry, J. R. B., ... McCarthy, M. I. (2007). A Common Variant in the FTO Gene Is Associated Index and Predisposes to Childhood and Adult Obesity. *Science*, 316(5826), 889-894. <http://doi.org/10.1126/science.1141634.A>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-Management Strategies of Selection, Optimization, and Compensation: Measurement by Self-Report and Construct Validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642-662. <http://doi.org/10.1037//0022-3514.82.4.642>
- Garipey, G., Nitka, D., & Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity (2005)*, 34(3), 407-419. <http://doi.org/10.1038/ijo.2009.252>
- Gomes-Neto, M., Araujo, A. D., Junqueira, I. D. A., Oliveira, D., Brasileiro, A., & Arcanjo, F. L. (2016). Estudo comparativo da capacidade funcional e qualidade de vida entre idosos com osteoartrite de joelho obesos e não obesos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 56(2), 126-130. <http://doi.org/10.1016/j.rbr.2015.05.004>
- Goodman, E., & Whitaker, R. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 110(3), 497-504. <http://doi.org/10.1542/peds.110.3.497>

- Goulet, L. R., & Baltes, P. B. (1970). *Life-Span Developmental Psychology: Research and Theory*. New York: Academic Press. Retrieved from https://books.google.pt/books?id=ashGBQAAQBAJ&dq=Life-span+developmental+psychology:+Research+and+theory&lr=&hl=pt-PT&source=gbs_navlinks_s
- Groessl, E. J., Kaplan, R. M., Barrett-Connor, E., & Ganiats, T. G. (2004). Body mass index and quality of well-being in a community of older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(2), 126-129. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2003.10.007>
- Guilá, M., & Verónica, M. (2003). Obesidad: Interrelación genética ambiental. *Revista Médica Clínica Condes*, 14(3), 119-124.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1997). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos - Um Guia Prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- Heckhausen, J. (1999). Selectivity and Failure Compensation as Fundamental Requirements of Human Behavior and Development. In J. Heckhausen (Ed.), *Developmental Regulation in Adulthood - Age-Normative and Sociostructural Constraints as Adaptive Challenge* (pp. 9-18). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hsu, L. K. G., Benotti, P. N., Dwyer, J., Roberts, S. B., Saltzman, E., Shikora, S., ... Rand, W. (1998). Nonsurgical Factors That Influence the Outcome of Bariatric Surgery: A Review. *Psychosomatic Medicine*, 60(3), 338-46. <http://doi.org/10.1097/00006842-199805000-00021>
- James, P. T. (2004). Obesity: The worldwide epidemic. *Clinics in Dermatology*, 22(4 SPEC. ISS.), 276-280. <http://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2004.01.010>
- Johnston, E., Johnston, S., McLeod, P., & Johnston, M. (2004). The relation of body mass index to depressive symptoms. *Canadian Journal of Public Health*, 95(3), 179-183. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed6&NEWS=N&AN=2004317064>
- Jousilahti, P., Tuomilehto, J., Vartiainen, E., Pekkanen, J., & Puska, P. (1996). Body Weight, Cardiovascular Risk Factors, and Coronary Mortality. *Circulation*, 93(7), 1372-1379. Retrieved from <http://circ.ahajournals.org/content/93/7/1372.abstract>
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica (7ª Edição)*. Porto Alegre: ArtMed.
- Kelly, S. J., Daniel, M., Dal Grande, E., & Taylor, A. (2011). Mental ill-health across the continuum of body mass index. *BMC Public Health*, 11(1), 765. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-765>
- Klein, S., Kinney, J., Jeejeebhoy, K., Alpers, D., Hellerstein, M., Murray, M., & Twomey, P. (1997). Nutrition support in clinical practice: Review of published data and recommendations for future research directions. *Journal of Parental and Enteral Nutrition*, 21(3), 133-156. [http://doi.org/10.1016/S0261-5614\(97\)80006-4](http://doi.org/10.1016/S0261-5614(97)80006-4)

- Kloiber, S., Ising, M., Reppermund, S., Horstmann, S., Dose, T., Majer, M., ... Lucae, S. (2007). Overweight and Obesity Affect Treatment Response in Major Depression. *Biological Psychiatry*, 62(4), 321-326. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.10.001>
- Lima, M. P. de. (2016). Envelhecimento Ativo e com Sentido. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Eds.), *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas* (pp. 3-17). Lisboa: LIDEL.
- Louw, D. A., Ede, D. M. van, & Louw, A. E. (1998). *Human Development* (Segunda Ed). Cape Town: Kagiso Tertiary.
- Maguen, S., Madden, E., Cohen, B., Bertenthal, D., Neylan, T., Talbot, L., ... Seal, K. (2013). The relationship between body mass index and mental health among iraq and afghanistan veterans. *Journal of General Internal Medicine*, 28(SUPPL.2), 563-570. <http://doi.org/10.1007/s11606-013-2374-8>
- Maier, H., & Vaupel, J. W. (2003). Age differences in cultural efficiency: Secular trends in longevity. In U. M. Staudinger & U. Lindenberger (Eds.), *Understanding human development: Dialogs with lifespan psychology* (pp. 59-78). Estados Unidos da América: Springer Science & Business Media. Retrieved from <https://books.google.pt/books?id=pBkkQVi4fq0C&dq>
- Manton, K. G., Stallard, E., & Corder, L. (1997). Changes in the age dependence of mortality and disability: cohort and other determinants. *Demography*, 34(1), 135-157. <http://doi.org/10.2307/2061664>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatísticas com o SPSS Statistics* (6ª Edição). ReportNumber - Analise e Gestão de Informação, LDA.
- Marques-Teixeira, J. (1998). A depressão e a mulher na sociedade moderna. *Psiquiatria Em Revista*, 11(3), 5-28.
- Martin-Rodriguez, E., Guillen-Grima, F., Aubá, E., Martí, A., & Brugos-Larumbe, A. (2016). Relationship between body mass index and depression in women: A 7-year prospective cohort study. The APNA study. *European Psychiatry*, 32, 55-60. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.11.003>
- Martins dos Santos, D., & Sichiari, R. (2005). Índice De Massa Corporal E Indicadores Antropométricos De Adiposidade Em Idosos. *Revista de Saude Publica*, 39(2), 163-168. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102005000200004>
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J., & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 165-169. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462002000400004>
- Micozzi, M., & Harris, T. (2005). Age variations in the relation of body mass indice to estimates of body fat and muscle mass. *American Journal of Physical Anthropology*, 81(3), 375-379.
- Modell, J., & Elder, G. H. J. (2012). Children Develop in History: So What's New? In W. W. Hartup & R. A. Weinberg (Eds.), *Child Psychology in Retrospect and Prospect: In Celebration of the 75th Anniversary of the Institute of Child Development* (pp. 173-205). New York: Psychology Press. Retrieved from

- <https://books.google.pt/books?id=hVp4AgAAQBAJ&dq>
- Mokdad, A. H., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Bowman, B. A., Marks, J. S., Koplan, J. P., & Page, P. (1999). The Spread of the Obesity Epidemic in the United States, 1991-1998. *American Medical Association - JAMA*, 282(16), 1519-1522.
- Moore, W., & Roche, A. F. (1983). *Pediatric Anthropometry*. Ross Laboratories.
- Najas, M. S., Andrezza, R., Souza, A. L., Sachs, A., Guedes, A. C., Sampaio, L. R., ... Tudisco, E. S. (1994). Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 28(3), 187-191. <http://doi.org/10.1590/S0034-89101994000300004>
- National Institutes of Health, & National Heart Lung and Blood Institute. (1998). *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The Evidence Report. NIH Publication* (Vol. 98-4083). Retrieved from <https://hearttruth.gov/health/public/heart/obesity/wecan/portion/documents/CORESET1.pdf>
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B . Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas Em Psicologia*, 14(1), 17-34. <http://doi.org/10.1080/17496535.2013.779007>
- Nogueira, V. (2016). Depressão e Suicídio. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Eds.), *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas* (pp. 257-266). Lisboa: LIDEL.
- Novaes, J. V., & Vilhena, J. (2003). De Cinderela a Moura Torta : Sobre a Relação Mulher , Beleza E Feiúra. *Interações*, VIII(15), 9-36.
- Ogden, C. L., Carrol, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2012). Prevalence of Obesity and Trends in Body Mass Index Among US Children and Adolescents, 1999-2010. *The Journal of the American Medical Association*, 307(5), 483-490. <http://doi.org/10.1001/jama.2012.40>
- Oh, E., Song, E., & Shin, J. (2017). Individual Factors Affecting Self-esteem, and Relationships Among Self-esteem, Body Mass Index, and Body Image in Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, (June), 1-8. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.007>
- Oliveira, J. H. A., & Yoshida, E. M. P. (2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 22(1), 12-19. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100003>
- Oliveira, J. H. A., & Yoshida, E. M. P. (2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 22(1), 12-19. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100003>
- Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, C. G., & Eaton, W. W. (2003). Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158(12), 1139-1147. <http://doi.org/10.1093/aje/kwg275>
- Patel, V., & Prince, M. (2001). Ageing and mental health in a developing country: who cares? Qualitative studies from Goa, India. *Psychological Medicine*, 31(1), 29-38. <http://doi.org/10.1017/S0033291799003098>

- Pereira, I. F. da S., Spydrides, M. H. C., & Andrade, L. de M. B. (2016). Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(5), 1-12. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00178814>
- Pine, D. S., Goldstein, R. B., Wolk, S., & Weissman, M. M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*, 107(5), 1049-1056. <http://doi.org/10.1542/peds.107.5.1049>
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.
- Richardson, L., Davis, R., Poulton, R., McCauley, E., Moffitt, T., Caspi, A., & Connell, F. (2003). A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157(8), 739-745.
- Rivenes, A. C., Harvey, S. B., & Mykletun, A. (2009). The relationship between abdominal fat, obesity, and common mental disorders: Results from the HUNT Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 269-275. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.07.012>
- Roberts, R. E., Deleger, S., Strawbridge, W. J., & Kaplan, G. A. (2003). Prospective association between obesity and depression: Evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, 27(4), 514-521. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802204>
- Rosenthal, D. A., Gurney, R. M., & Moore, S. M. (1981). From Trust to Intimacy: A New Inventory for Examining Erikson's Stages of Psychosocial Development, 10(6).
- Rosmond, R. (2004). Obesity and depression: Same disease, different names? *Medical Hypotheses*, 62(6), 976-979. <http://doi.org/10.1016/j.mehy.2003.12.030>
- Salmela-Aro, K., Aunola, K., & Nurmi, J.-E. (2007). Personal Goals During Emerging Adulthood. *Journal of Adolescent Research*, 22(6), 690-715.
- Sampaio, D., & Telles-Correia, D. (2013). Suicídio nos mais velhos: Fundamental não esquecer! *Acta Medica Portuguesa*, 26(1), 1-2.
- Sampaio, L. R., & Figueiredo, V. de C. (2005). Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos. *Rev. Nutr., Campinas*, 18(1), 53-61. <http://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100005>
- Santos, D. M., & Sichieri, R. (2005). Índice De Massa Corporal E Indicadores Antropométricos De Adiposidade Em Idosos. *Revista de Saúde Pública*, 39(2), 163-168. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102005000200004>
- Santos, R. R. Dos, Bicalho, M. A. C., Mota, P., Oliveira, D. R. de, & Moraes, E. N. de. (2013). Obesity in the elderly. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(1), 62-70. <http://doi.org/10.5935/2238-3182.20130011>
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à Psicopatologia Geral*. Climepsi Editores.
- Schulenberg, J. E., Sameroff, A. J., & Cicchetti, D. (2004). The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and Psychopathology*, 16, 799-806. <http://doi.org/10.1017/S0954579404040015>
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, J. E., & Browne, M. A. O. (2008). Obesity and mental

- disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 97-105. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.09.006>
- Segal, A., Cardeal, M. V., & Cordás, T. A. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 29(2), 81-89. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300001>
- Sigulem, D., Devincenzi, M., & Lessa, A. (2000). Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *Jornal de Pediatria*, 76(3), 275-284. <http://doi.org/10.1007/s00431-011-1438-1>
- Silveira, E. A., Kac, G., & Barbosa, L. S. (2009). Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cad Saude Publica*, 25(7), 1569-1577. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700015>
- Simon, G. E., Korff, M. Von, Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Belle, G. van, & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7), 824-830. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.824>
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Linde, J. A., Operskalski, B. H., Ichikawa, L., Rohde, P., ... Jeffery, R. W. (2008). Association between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 32-39. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.09.001>
- Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 824-30. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.824>
- Souza, R., Fraga, J. S. de, Gottschall, C. B. A., Busnello, F. M., & Rabito, E. I. (2013). Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. *Rev Bras Geriatr Gerontol Rio de Janeiro*, 16(1), 81-90. <http://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100009>
- Strine, T. W., Mokdad, A. H., Dube, S. R., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Berry, J. T., ... Kroenke, K. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatry*, 30(2), 127-137. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.12.008>
- Stunkard, A. J., Faith, M. S., & Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, 54(3), 330-337. [http://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00608-5](http://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00608-5)
- Teodoro, W. L. G. (2010). *Depressão: corpo, mente e alma*. Uberlândia.
- Terracciano, A., Sutin, A. R., McCrae, R. R., Deiana, B., Ferrucci, L., Schlessinger, D., ... Costa, P. T. (2009). Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosomatic Medicine*, 71(6), 682-689. <http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181a2925b>
- Tosetto, A. P., & Júnior, C. A. S. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41(4), 497-507.

- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *The Surgeon General's Call To Action To Prevent and Decrease* (Vol. 98). Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44206/pdf/Bookshelf_NBK44206.pdf
- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. de. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 31(4), 195-198. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400013>
- Viner, J., & Tanner, J. (2009). Psychiatric disorders in emerging adulthood. *Yellowbrick Journal of Emerging ...*, 1-6. Retrieved from http://www.yellowbrickprogram.com/pdf/PBY_PsychiatricDisorders.pdf
- Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 421-440. <http://doi.org/10.1016/j.beem.2005.04.006>
- Watts, J., Cockcroft, K., & Duncan, N. (2009). *Developmental Psychology*. Cape Town: UCT Press.
- WHO. (1986). Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bulletin of the World Health Organization*, 64(6), 929-941. <http://doi.org/10.1016/B0-12-227055-X/01300-6>
- WHO. (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organization Technical Report Series*. <http://doi.org/854>
- WHO. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. *WHO Technical Report Series*, 894, 6-8. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15268-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15268-3)
- WHO. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. *The Aging Male*, 5(1), 1-37. <http://doi.org/10.1080/713604647>
- WHO. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 363(9403), 157-163. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15268-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15268-3)
- WHO. (2012). Depression, a global public health concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*, 1-8. http://doi.org/10.1007/978-3-642-11688-9_20
- WHO. (2016a). Mental Health and Older Adults. Retrieved September 15, 2017, from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/
- WHO. (2016b). Obesity and Overweight. Retrieved August 20, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO. (2017). WHO/Europe - Nutrition - Body Mass Index - BMI. Retrieved January 12, 2017, from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- Wit, L. de, Luppino, F., Straten, A. van, Penninx, B., Zitman, F., & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research*, 178(2), 230-235. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.04.015>
- Wit, L. M. de, Straten, A. van, Herten, M. van, Penninx, B. W. J. H., & Cuijpers, P. (2009).

- Depression and body mass index, a u-shaped association. *BMC Public Health*, 9, 14. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-9-14>
- Wrosch, C., & Freund, A. M. (2001). Self-regulation of normative and non-normative developmental challenges. *Human Development*, 44(5), 264-283. <http://doi.org/10.1159/000057066>
- Xiang, X., & An, R. (2014). Obesity and onset of depression among U.S. middle-aged and older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3), 242-248. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.008>
- Zamboni, M., Mazzali, G., Zoico, E., Harris, T. B., Meigs, J. B., Di Francesco, V., ... Bosello, O. (2005). Health consequences of obesity in the elderly: a review of four unresolved questions. *International Journal of Obesity*, 29(9), 1011-1029. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803005>
- Zarrett, N., & Eccles, J. (2006). The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. *New Directions for Youth Development*, 2006(111), 13-28. <http://doi.org/10.1002/yd>
- Zhao, G., Ford, E. S., Dhingra, S., Li, C., Strine, T. W., & Mokdad, a H. (2009). Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International Journal of Obesity*, 33(2), 257-266. <http://doi.org/10.1038/ijo.2008.268>
- Zhi, T., Wang, Q., Liu, Z., Zhu, Y., Wang, Y., Shi, R., ... Jiang, X. (2015). Body mass index, waist circumference and waist-hip ratio are associated with depressive symptoms in older Chinese women: results from the Rugao Longevity and Ageing Study (RuLAS). *Aging Ment Health*, 0(0), 1-6. <http://doi.org/10.1080/13607863.2015.1124837>