



**E JUNTOS? SERÁ QUE CONSEGUIMOS?**

MARIA INÊS DA SILVA MARTINHO

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coorientador de Dissertação:

MESTRE INÊS QUEIROZ GARCIA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Filipa Pimenta, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

## Agradecimentos

Os meus maiores agradecimentos à minha família, que esteve sempre comigo na realização deste sonho. À minha mãe, a mãe mais galinha, que acreditou sempre em mim e nunca me deixou cair. Ao meu pai, pelo apoio e pela força. À minha irmã, a minha pequenina, que soube sempre dar-me um abraço e um beijinho no momento certo.

Aos meus avós. À minha avó, que mesmo sem saber, tanto me ensinou ao longo destes últimos anos. Em especial ao meu avô, o meu ídolo, que foi incansável e sempre me apoiou em tudo.

Um especial agradecimento ao Pedro, o meu namorado, por ter acreditado tanto em mim e por me ter ensinado que somos nós que definimos o tamanho dos nossos sonhos.

Um grande obrigada ao Zé, o meu melhor amigo, que sempre me disse que sabia que eu era capaz e tanto me aturou ao longo dos últimos anos.

Em especial também, à Inês e à Rita, que estiveram sempre a meu lado. À Inês, a minha amiga mais querida, obrigada pelo apoio incondicional e amizade. À Rita, a minha fiel companheira de todas as horas, que esteve sempre pronta para tudo, obrigada também pela tua amizade, apoio e exigência.

Obrigada às minhas companheiras desta caminhada, à Rita, à Isabel, à Pipa, à Maria, à Jana, à Cátia e à Adriana. Sem vocês este percurso não teria sido o mesmo, estivemos sempre lá umas para as outras, no bom e no mau. Sou-vos eternamente grata.

À minha orientadora, Inês Queiroz Garcia, por todo o apoio, dedicação e partilha ao longo do ano letivo.

À Professora Doutora Filipa Pimenta por toda a ajuda e pela partilha de conhecimentos no decorrer da realização deste trabalho.

E por fim, obrigada a mim, por nunca ter baixado os braços e ter acreditado sempre que este dia ia chegar. Chego ao fim de consciência tranquila de que dei sempre o meu melhor em tudo.

O meu mais sincero obrigada a todos!

## Resumo

**Introdução:** A Obesidade tem-se demonstrado um dos mais graves problemas de saúde pública, com graves consequências físicas e emocionais, que afetam a qualidade de vida do indivíduo. Pessoas significativas para o indivíduo podem influenciar positivamente os seus esforços para o processo de perda de peso. Assim, estudos recentes têm demonstrado que parceiros/cônjuges tendem a compartilhar comportamentos e resultados de saúde. O objetivo deste estudo é compreender de que forma o ajustamento diádico é preditor da autoeficácia na gestão de peso no casal. **Método:** A amostra constitui-se por 30 casais (60 indivíduos), com idade média de 42,60 anos ( $DP=11,44$  anos), que coabitam há pelo menos 1 ano e onde pelo menos um dos membros do casal apresenta obesidade. Utilizaram-se os seguintes instrumentos: Questionários Sociodemográficos, de Estilo de Vida e de Saúde; Escala de Autoeficácia de Ação; e a Escala de Ajustamento Diádico. **Resultados:** Através da análise diádica (APIM), constatou-se que o ajustamento diádico (coesão, consenso e satisfação) prediz, em parte, a autoeficácia para a gestão de peso no casal. Porém, perante outras variáveis (e.g., duração da relação [em anos], número de tentativas de perda peso malsucedidas, índice de massa corporal) não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres. **Conclusão:** Este estudo (aliado a outras evidências científicas) reforça a necessidade de ir mais além no estudo da autoeficácia, ao demonstrar que as díades têm maior probabilidade de reunir esforços partilhados para a gestão de peso ao considerarem a qualidade de suporte vital na promoção e alteração de comportamentos de saúde.

**Palavras-chave:** Obesidade; Ajustamento Diádico; Autoeficácia; Análise Diádica.

## Abstract

**Introduction:** Obesity has been shown to be one of the most serious public health problems, with serious physical and emotional consequences, which affect the quality of life of the individual. Significant others and relatives can positively influence their efforts towards the weight loss process. Thus, recent studies have shown that partners/spouses tend to share behaviors and health outcomes. The purpose of this study is to understand how dyadic adjustment is a predictor of self-efficacy in couples' weight management. **Method:** The sample consists of 30 couples (60 individuals), with a mean age of 42.60 years ( $SD=11.44$  years), who have cohabited for at least 1 year and where at least one of the members of the couple is obese. The following instruments were used: Sociodemographic, Lifestyle and Health Questionnaires; Self-Efficacy Action Scale and the Dyadic Adjustment Scale. **Results:** Through dyadic analysis (APIM), it was found that dyadic adjustment (cohesion, consensus and satisfaction) partially predicts self-efficacy for weight management in the couple. However, considering other variables (e.g., relationship duration [in years], number of unsuccessful weight loss attempts, body mass index) there are no statistically significant differences between men and women. **Conclusion:** This study (aligned with other scientific evidence) reinforces the need to go further in the study of self-efficacy, by demonstrating that dyads are more likely to join shared efforts for weight management when considering the quality of life support in the promotion and change of health behaviors.

**Keywords:** Obesity; Dyadic Adjustment; Self-efficacy; Dyadic Analysis.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	9
<b>Método</b> .....	14
Desenho da Investigação.....	14
Participantes .....	14
Material .....	18
Procedimento .....	19
Análise Estatística .....	20
<b>Resultados</b> .....	23
<i>Análise de Fiabilidade (Alfa de Cronbach)</i> .....	23
<i>Análise Diádica – Teste da Distinguibilidade</i> .....	23
<i>Análise Diádica – Teste da Não Independência</i> .....	24
<i>Análise Diádica – Diferença entre homens e mulheres relativamente ao ajustamento e à autoeficácia dos casais</i> .....	25
<i>Análise Diádica – Impacto do ajustamento diádico na autoeficácia dos casais</i> .....	26
<i>Análise Diádica – Impacto de variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de saúde na autoeficácia para a gestão de peso no casal</i> .....	29
<b>Discussão</b> .....	30
<b>Referências</b> .....	36
<b>Anexos</b> .....	44
Anexo 1 – Parecer do Hospital Distrital de Santarém para a realização do estudo enquadrado no Projeto COuples’ OBesity.....	45
<b>Apêndices</b> .....	46
Apêndice A – Revisão de Literatura .....	47
Apêndice B – Consentimento Informado .....	60
Apêndice C – Questionário sociodemográfico, variáveis familiares, de estilo de vida e saúde.....	62

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> <i>Caracterização sociodemográfica da amostra.....</i>	15
<b>Tabela 2.</b> <i>Caracterização da amostra relativamente a variáveis familiares, de estilo de vida e de saúde.....</i>	16
<b>Tabela 3.</b> <i>Testes de Diferentes Tipos de Distinguibilidade.....</i>	24
<b>Tabela 4.</b> <i>Teste de Hipóteses dos Diferentes tipos de Distinguibilidade.....</i>	24
<b>Tabela 5.</b> <i>Teste da Não-Independência para Homens e Mulheres.....</i>	25
<b>Tabela 6.</b> <i>Análise descritiva do ajustamento diádico e da autoeficácia para Homens e Mulheres.....</i>	25
<b>Tabela 7.</b> <i>Modelos APIM na explicação do impacto do ajustamento diádico na relação com a autoeficácia para a gestão de peso no casal.....</i>	27
<b>Tabela 8.</b> <i>Modelos APIM na explicação do impacto de variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de saúde na autoeficácia para a gestão de peso no casal.....</i>	29

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> <i>Resultados do efeito da Coesão e da autoeficácia no próprio/l e do parceiro/a.....</i>	<i>27</i>
<b>Figura 2.</b> <i>Resultados do efeito do Consenso e da autoeficácia do próprio/a e do parceiro/a.....</i>	<i>28</i>
<b>Figura 3.</b> <i>Resultados do efeito da Satisfação e da autoeficácia do próprio/a e do parceiro/a.....</i>	<i>28</i>

## Introdução

Nos dias que correm, a Obesidade mantém o estatuto de um dos mais severos problemas de saúde pública (Cobb et al., 2015), afetando todas as faixas etárias, desde bebés a idosos, através das suas comorbilidades (Chu et al., 2018). A prevalência da obesidade tem também vindo a aumentar significativamente ao longo das últimas décadas (Christakis & Fowler, 2007), atingindo cerca de 1,9 milhões de adultos em todo o mundo (WHO, 2018). Em Portugal, a situação também não é, igualmente, melhor. Em 2018, Gaio e colaboradores indicaram que cerca de 38,9% da população adulta portuguesa, com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos sofre de excesso de peso e cerca de 28,7% apresenta obesidade. Alguns autores apontam o ambiente humano como o principal responsável por esta epidemia, ao promover cada vez mais a conduta de comportamentos de risco, tal como a baixa prática de atividade física e o consumo excessivo de alimentos ricos em gordura (Christakis & Fowler, 2007; Cobb et al., 2015; Jeffery & Utter, 2003).

A Organização Mundial de Saúde, em 2007, definiu a Obesidade como *“uma doença crónica em que o excesso de peso e de gordura corporal acumulada pode afetar a saúde do indivíduo”* (WHO, 2007, 2018). Desta forma, é, então, gerado um desequilíbrio interno que é, por norma, medido através do Índice de Massa Corporal (IMC), e que classifica o indivíduo em diferentes categorias (baixo peso, peso ideal, excesso de peso ou obesidade), atendendo à sua idade e ao sexo (Katzmarzyk, 2014; WHO, 2018). Um indivíduo é categorizado no grau de obesidade quando o seu IMC é  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  (Jensen et al., 2014; WHO, 2018).

Como consequência desta doença crónica, surge o desenvolvimento de determinadas doenças que afetam particularmente a qualidade de vida do indivíduo. Entre estas, destacam-se as doenças cardiovasculares, a diabetes, os acidentes vasculares cerebrais, os distúrbios reprodutivos (Chu et al., 2018), certos tipos de cancro, hipertensão, problemas com o sono, osteoartrite, colesterol elevado, entre outras (Caballero, 2007; Okop et al., 2016; Singer et al., 2017; WHO, 2014). Contudo, apesar da obesidade ser comumente considerada uma doença física esta promove também o desenvolvimento de problemas psicológicos e emocionais (Segal et al., 2002). As repercussões associadas a estes problemas podem comprometer a recuperação do indivíduo, uma vez que os problemas psicológicos e emocionais são ainda bastante negligenciados, tanto por parte dos próprios como de alguns profissionais de saúde (Brennan et al., 2018; Travado et al., 2004). Indivíduos com excesso de peso ou obesidade quando comparados com indivíduos com um peso ideal, apresentam uma qualidade de vida inferior

(Dailey et al., 2018). Estes derivam não só de problemas físicos, mas também dos problemas psicológicos e sociais (Dailey et al., 2018), como a insatisfação com a imagem corporal, baixa autoestima, baixa autoeficácia, sentimentos de culpa e insegurança, sintomas de depressão e/ou ansiedade, entre outros (Jumbe et al., 2017; Puhl & Heuer, 2010; Travado et al., 2004).

Em 1999, Poston e Foreyt descreveram o “*ambiente obesogénico*”, com o intuito de caracterizar a influencia que o ambiente pode ter sobre os hábitos diários do indivíduo. Por outras palavras, o desenvolvimento e a progressão desta doença pode estar relacionada com as escolhas que o indivíduo toma diariamente e que levam ao consumo exagerado de calorias e à diminuição do gasto da energia através da atividade física. Isto é, existe uma série de fatores comportamentais, sociais, psicológicos, económicos, culturais, entre outros que influenciam a escolha da alimentação e do estilo de vida em geral.

Uma vez que a perda de peso inclui não só a diminuição do peso, mas também mudanças relativas a determinados comportamentos de saúde (Vidal, 2002), este aspeto torna-se fundamental na vida destes indivíduos. A adoção de comportamentos de saúde, como referido acima, é influenciada pelo contexto social em que o indivíduo se insere, ou seja, os seus comportamentos podem ser motivados pelas pessoas que o rodeiam, seja pelo seu/sua parceiro/a, pela sua família, pelos seus amigos ou mesmo por colegas de trabalho (Apovian, 2016; Gorin et al., 2018). Isto significa que quando um indivíduo começa a comportar-se de determinada forma e a adotar certos tipos de comportamentos de risco para a saúde (e.g., fumar, praticar pouco/nenhum exercício físico, ter uma alimentação rica em gordura) é provável que comece a influenciar outros significativos a comportarem-se da mesma forma (Best et al., 2017; Christakis & Fowler, 2007; Cobb et al., 2015; The Gordon-Larsen, 2009).

Neste sentido, e apesar de ainda haver pouca investigação, os *experts* têm estudado como é que as pessoas presentes na vida de um indivíduo (e.g., parceiros românticos, família ou amigos) podem influenciar positivamente os esforços do indivíduo no processo de perda de peso (Kumanyika et al., 2009; Markey et al., 2007; Wing & Jeffery, 1999). Em 2009, The e Gordon-Larsen demonstraram como os parceiros tendem a partilhar resultados e comportamentos de saúde, essencialmente quando coabitam há algum tempo. Por outras palavras, os autores verificaram que quando os dois parceiros vivem num ambiente obesogénico comum tendem a apresentar comportamentos sedentários semelhantes (e.g., inatividade física, consumo exagerado de alimentos) vivendo a influencia de um cônjuge sobre o outro (Cobb et al., 2015; The & Gordon-Larsen, 2009). Cobb e colaboradores, em 2015, realizaram um estudo onde concluíram que à medida que o IMC dos parceiros ou cônjuges aumentava, o IMC do próprio indivíduo também aumentava. Tal pode ser explicado pelo facto de que parceiros que

partilham rotinas têm, desta forma, uma posição única de se ajudarem um ao outro na gestão do peso (Dailey et al., 2018). Assim sendo, pode ser uma abordagem bastante promissora fazer com que estes casais adotem comportamentos saudáveis juntos, tal como aumentar a atividade física e iniciar uma alimentação mais saudável. Direcionar a prevenção e a intervenção para a obesidade no casal e não apenas para o indivíduo torna-se assim cada vez mais pertinente.

Posto isto e tendo em conta que o ambiente obesogénico aumenta a probabilidade de um parceiro influenciar o outro (The & Gordon-Larsen, 2009), é importante que o casal se encontre em concordância, de maneira a que juntos se possam organizar e definir objetivos e metas para a perda e/ou gestão de peso de ambos. Para que este processo se possa desenrolar de forma bem-sucedida destaca-se um ponto muito importante – o ajustamento diádico.

Por norma, uma doença crónica tem um impacto significativo numa relação conjugal e quando se trata de obesidade (em apenas um ou em ambos os membros do casal) existe uma tendência para se revelarem alguns problemas de ajustamento diádico (Bard & Acitelli, 2005). Em 2020, Bag e Akbas, nomearam o ajustamento diádico, a satisfação diádica, a coesão entre o casal e a expressão afetiva e a comunicação como os princípios essenciais para a qualidade de qualquer relacionamento, no entanto, a obesidade pode interferir com estes princípios, causando problemas conjugais que podem aumentar ainda mais o risco de obesidade e criar um círculo inevitável (Kiecolt-Glaser et al., 2015).

A obesidade afeta diferentes domínios da vida do indivíduo e todos aqueles que vivem à sua volta, incluindo a qualidade de vida. Por conseguinte, é cada vez mais indispensável que seja feita uma avaliação centrada numa abordagem multidisciplinar, de forma a que sejam analisados todos estes domínios da vida do paciente (e.g., aspetos físicos, psicológicos ou sociais) e incluindo tanto paciente como o seu parceiro, de forma a promover o tratamento da doença (Bag & Akbas, 2020).

Alguns autores acreditam que um dos pontos-chave para o sucesso da perda de peso é a autoeficácia, uma vez que é essencial que doentes que sofrem de obesidade acreditem que são capazes de alterar os seus comportamentos de forma a gerir melhor o seu peso (Bandura, 1997; Linde et al., 2006). Em 1977, Bandura formulou a Teoria da Autoeficácia que evidencia que “*a expectativa de um indivíduo da sua própria capacidade de ser eficaz afetará o esforço despendido e o resultado final*” (Bandura, 1977). A autoeficácia é, assim, definida como uma crença e confiança na capacidade de alguém realizar as etapas em direção a uma meta e implementar as mudanças necessárias para atingir esse fim (Bandura, 1977).

Comportamentos de risco como inatividade física, maus hábitos alimentares, consumo de substâncias, entre outros, provocam graves consequências na saúde do indivíduo, o que

promove o desenvolvimento de certos tipos de doenças, como mencionado acima, o que acaba por sugerir que estes comportamentos precisam urgentemente de ser alterados e substituídos por outros comportamentos mais benéficos para a saúde. Neste sentido, Schwarzer (2008) apresentou o modelo *Health Action Process Approach* (HAPA), compreendendo que existe uma série de fatores cognitivos, emocionais e sociais que influenciam a mudança de comportamento em saúde. Este modelo sugere que existe uma distinção entre processos de motivação (pré-intencional), que levam a uma intenção de alterar um determinado comportamento e processos de volição (pós-intencional) que levam à mudança de um comportamento de risco para um comportamento de saúde em si (Schwarzer & Luszczynska, 2015).

Quando se fala de obesidade há um aspeto essencial no processo de gestão do peso – a mudança de comportamento – esta requer por parte do indivíduo um grande esforço de autorregulação (Godinho et al., 2013), uma vez que se torna difícil de alterar hábitos que já estão bastante enraizados no dia-a-dia do sujeito. Alguém que esteja habituado a praticar pouco exercício físico, a fazer uma alimentação pouco saudável, que fume ou que consuma bebidas alcoólicas regularmente, necessita de gerir todos os seus esforços em direção à mudança de comportamento. A tomada de consciência do risco que a obesidade acarreta é o primeiro passo para que o indivíduo pretenda alterar o seu comportamento, no entanto, é comum que estes doentes tenham conhecimentos e crenças erradas sobre o que é ter uma alimentação saudável, sobre a importância da prática do exercício físico e sobre tudo aquilo que põe em risco a sua saúde. Desta forma, o envolvimento de ambos os membros do casal neste processo é uma abordagem promissora, uma vez que juntos têm mais hipóteses de conseguir modificar esses hábitos erróneos (Best et al., 2017; Cobb et al., 2015). Wooldridge e Ranby (2019) averiguaram que casais que veem a doença como uma responsabilidade e um compromisso partilhado visam obter melhores resultados de saúde, contrariamente a casais que veem esta doença como uma responsabilidade individual, na medida em que os parceiros têm uma posição única de incentivar o outro a melhorar os seus comportamentos de saúde, ajudando-os a desenvolver a motivação necessária para que o processo de perda de peso se inicie. Deste modo, ressalva-se mais uma vez que direcionar a prevenção e a intervenção para a obesidade no casal e não apenas para o indivíduo é uma mais-valia.

Neste sentido, em 2006, Lewis e colaboradores apresentaram o *Modelo da Interdependência do Coping Diádico e da Mudança de Comportamento* para nos permitir compreender melhor como a interação diádica pode facilitar a mudança de comportamentos de saúde. A adoção de comportamentos que promovam a saúde pode ser influenciada pela

dinâmica do casal cooperando em conjunto com a visão por um objetivo comum, neste caso, a perda e/ou gestão de peso. É um modelo que surge da relevância que se dá cada vez mais às relações íntimas/românticas e, principalmente, à necessidade de modelos diádicos que se foquem na mudança de comportamento e que contribuam para a compreensão de como as relações podem promover uma melhor saúde através da modificação de hábitos.

Em síntese, a mudança de comportamento na obesidade advém da motivação e da autoeficácia de um indivíduo, que pode ser impulsionada pelo seu parceiro. A obesidade pode e deve ser vista como um esforço de equipa e não como um obstáculo a ultrapassar sozinho/a. Se o indivíduo puder contar com o apoio do seu parceiro vai conseguir mais facilmente alterar o comportamento, de forma a ter um estilo de vida mais saudável, uma vez que existe uma associação entre a autoeficácia e o aumento dos comportamentos de saúde na perda de peso (Linde et al., 2006).

Desta forma, este estudo revela-se uma mais-valia na área da obesidade, uma vez que visa compreender se o ajustamento diádico prediz a autoeficácia do casal para a gestão de peso, ou seja, se a qualidade do relacionamento e a confiança de ambos para reunir esforços são indicadores de sucesso no processo de gestão de peso no casal. Além disto, pretende-se estudar se algumas variáveis sociodemográficas (como o tempo de relação, o estatuto socioeconómico, as habilitações literárias, etc.) predizem a autoeficácia para a gestão de peso no casal. Um maior aprofundamento da literatura está disponível no fim da dissertação (Apêndice A).

## Método

### Desenho da Investigação

O presente estudo tem um desenho de investigação observacional-descritivo de metodologia quantitativa, dado que o objetivo é descrever o objeto em estudo a vários níveis, como ao nível da prevalência, da incidência, da experiência, entre outros relevantes, sem manipulação de variáveis. No que concerne ao corte do estudo, o mesmo é transversal, pois a recolha de dados ocorre num único momento. É também um estudo correlacional uma vez que se pretende avaliar a associação entre as diferentes variáveis.

### Participantes

Neste estudo foi utilizado um método de amostragem não probabilístico, por conveniência, uma vez que a amostra recolhida foi selecionada para proveito do investigador.

Para a recolha da amostra foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: 1) nacionalidade portuguesa; 2) idade igual ou superior a 18 anos; 3) parceiro regular (e.g., namorado, cônjuge); 4) coabitar com o parceiro há pelo menos 1 ano; 5) presença de obesidade em pelo menos um membro do casal ou em ambos ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). É de realçar que a participação dos dois membros do casal foi obrigatória de forma a integrarem a amostra do estudo.

Inicialmente a amostra era composta por 32 casais (64 indivíduos), no entanto, dois casais foram excluídos por não cumprirem todos os requisitos dos critérios de inclusão. Desta forma, a amostra final é constituída por 30 casais (60 indivíduos), dos quais 30 mulheres e 30 homens, uma vez que se trata de 30 casais heterossexuais. A média das idades dos participantes é de 42,60 anos ( $DP = 11,44$  anos) e o Índice de Massa Corporal (IMC) médio é de  $31,41 \text{ kg/m}^2$  ( $DP = 7,12 \text{ kg/m}^2$ ). Destes participantes, 14 (23,3%) apresenta peso normal, 11 (18,3%) excesso de peso, 18 (30,0%) obesidade grau I, 15 (25,0%) obesidade grau II e 2 (3,3%) obesidade grau III. É também de referir que, em média, os participantes coabitam com o/a seu/sua parceiro/a há 13,70 anos ( $DP = 10,73$  anos), sendo que 59 casais (98,3%) coabitam com o/a parceiro/a os 7 dias da semana e 1 casal (1,7%) apenas 2 dias por semana.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos participantes.

**Tabela 1***Caracterização sociodemográfica da amostra*

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagens (%)</b>
<b>Idade (M; DP)</b>	42,60; 11,44	
<b>Sexo</b>		
Mulheres	30	50,0
Homens	30	50,0
<b>Distrito</b>		
Castelo Branco	2	3,3
Coimbra	4	6,7
Leiria	2	3,3
Lisboa	6	10,0
Santarém	44	73,3
Setúbal	2	3,3
<b>Situação Profissional</b>		
Empregado/a a tempo inteiro	50	83,3
Empregado/a a tempo parcial	1	1,7
Desempregado/a	4	6,7
Reformado/a	2	3,3
Outra	3	5,0
<b>Habilitações Literárias</b>		
Até ao 4º ano (1º ciclo)	2	3,3
6º ano (2º ciclo)	7	11,7
9º ano (3º ciclo)	9	15,0
12ª ano (secundário)	16	26,7
Licenciatura ou Bacharelato	15	25,0
Mestrado ou Pós-Graduação	10	16,7
Doutoramento	1	1,7
<b>Rendimento Anual Bruto do Agregado Familiar</b>		
Até 10.000 euros	15	25,0
10.001 a 20.000 euros	23	38,3
20.001 a 37.500 euros	15	25,0
37.501 a 70.000 euros	5	8,3
Superior a 70.000 euros	2	3,3

Relativamente às variáveis familiares, de estilo de vida e saúde (Tabela 2), é possível verificar que 16 indivíduos (26,7%) começaram a apresentar obesidade a partir da idade adulta. A maior parte, 41 participantes (68,3%) não tem antecedentes familiares com obesidade.

No que diz respeito às doenças destacaram-se a obesidade ( $n = 33$ ; 55,0%), a hipertensão ( $n = 13$ ; 21,7%) e a diabetes ( $n = 7$ ; 11,7%).

**Tabela 2**

*Caracterização da amostra relativamente a variáveis familiares, de estilo de vida e de saúde*

	Frequência (n)	Percentagens (%)
<b>Número de filhos</b>		
0	18	30,0
1	10	16,7
2	24	40,0
3	6	10,0
4	2	3,3
<b>Percentil dos filhos</b>		
Não tenho filhos/enteados	18	30,0
Peso normal	34	56,7
Excesso de Peso	4	6,7
Obesidade	4	6,7
<b>Quando começou a ter obesidade</b>		
Não tenho, o meu parceiro/a é que tem	20	33,3
A partir da infância	2	3,3
A partir da adolescência	10	16,7
A partir da idade adulta	16	26,7
A partir da gravidez	9	15,0
A partir da menopausa	1	1,7
Outro	2	3,3
<b>Antecedentes familiares com obesidade</b>		
Sim	19	31,7
Não	41	68,3
<b>Doenças<sup>a</sup></b>		
Obesidade	33	55,0
Hipertensão	13	21,7
Diabetes	7	11,7

Doença Cardiovascular	4	6,7
Doença Oncológica	2	3,3
Doença Autoimune	5	8,3
Doença Endócrina	3	5,0
<b>Problema psicológico</b>		
Sim	4	6,7
Não	56	93,3
<b>Estratégias de perda de peso</b>		
Nunca	19	31,7
No passado	20	33,3
Atualmente	7	11,7
No passado e atualmente	14	23,3
<b>Tentativas de perda de peso bem-sucedidas</b>		
0	23	38,3
1 a 2	16	26,7
3 a 4	13	21,7
5 a 6	5	8,3
7 ou mais	3	5,0
<b>Tentativas de perda de peso malsucedidas</b>		
0	34	56,7
1	21	35,0
2	5	8,3
<b>Prática de atividade física</b>		
Não	23	38,3
Sim	37	61,7
<b>Horas de sono por noite</b>		
Entre 4h30 e 5h59	6	13,3
Entre 6h00 a 7h59	41	68,3
Entre 8h00 a 9h00	11	18,3
<b>Fumador</b>		
Não	29	48,3
Já fumei no passado, mas atualmente não	15	25,0
Sim, fumo atualmente	16	26,7
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>		
Não	18	30,0
Sim	42	70,0

<b>Consumo de café</b>		
Não	5	8,4
Sim	55	91,6
<b>Refeições ou snacks enquanto está no computador, telemóvel ou tablet</b>		
Não	33	55,0
Sim	27	45,0
<b>Frequência de alimentos calóricos por semana</b>		
Nunca	2	3,3
1 vez por semana	17	28,3
2 vezes por semana	21	35,0
3 vezes por semana	13	21,7
5 vezes por semana	3	5,0
6 vezes por semana	1	1,7
Todos os dias	3	5,0
<b>Número de horas de comportamento sedentário por dia</b>		
1 a 4 horas	23	38,4
5 a 10 horas	27	45,0
11 a 16 horas	5	8,4
17 a 18 horas	2	3,4
Mais do que 18 horas	3	5,0

<sup>a</sup> Possibilidade de selecionar mais do que uma doença por pessoa.

## **Material**

Para o recrutamento dos casais foi utilizado um protocolo que engloba um consentimento informado (Apêndice B) e um questionário sociodemográfico (e.g., idade, sexo, IMC, situação profissional, habilitações literárias, rendimentos familiares e tempo de coabitação com o parceiro/a), e de variáveis familiares (e.g., número de filhos), de estilo de vida (e.g., “Fuma atualmente?”) e de saúde (e.g., “Já utilizou ou está a utilizar atualmente alguma estratégia para perder peso?”; Apêndice C). O questionário aborda uma série de tópicos bastante relevantes para a recolha de informação mais detalhada sobre aspetos relacionados com a vida, com a saúde e com os hábitos diários de cada casal.

Para além destas questões, encontram-se inseridos no protocolo do projeto COOB, a Escala de Autoeficácia de Ação e a Escala de Ajustamento Diádico.

A primeira, é essencial para avaliar a variável dependente “*autoeficácia*”, tendo sido adaptada a este contexto com base no modelo *Health Action Process Approach* (HAPA). Este

modelo, desenvolvido por Schwarzer (2008), sugere que existem uma série de fatores, sejam estes emocionais, cognitivos ou social que influenciam a mudança de comportamento em saúde. Comportamentos estes que devem ser concebidos através de um processo de motivação (pré-intencional), que leva a uma intenção de alterar um determinado comportamento e de um processo de volição (pós-intencional) que leva à concretização da mudança do comportamento em si. A autoeficácia percebida pelo sujeito desempenha um papel fundamental em cada uma destas etapas (Renner & Schwarzer, 2005). No entanto, como já referido acima, para que fosse possível operacionalizar a variável “*autoeficácia*” esta teve de ser adaptada ao contexto da obesidade em casais. A Escala de Autoeficácia de Ação conta com sete itens, frases com a qual o participante se pode, ou não, identificar, respondendo numa escala *likert* que vai de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (e.g., “Acredito que consigo fazer algo para gerir o meu peso... mesmo se tiver de estabelecer um plano alimentar/de atividade física detalhado”).

A segunda, a Escala de Ajustamento Diádico foi desenvolvida por Busby et al. (1995) e adaptada para a população portuguesa por Pereira et al. (2017). O instrumento que avalia a qualidade do relacionamento conjugal é composto por 14 itens, divididos em três subescalas: Consenso (e.g., questões religiosas; tomada de decisões importantes), Satisfação (e.g. “Com que frequência fala, ou tem considerado, o divórcio, a separação ou o fim da relação?”) e Coesão (e.g., “Com que frequência trabalham em conjunto num projeto?”). Muito semelhante à Escala de Autoeficácia de Ação, neste instrumento espera-se que o participante selecione, também através de uma escala *likert* que varia entre “Sempre de acordo” a “Sempre em desacordo” ou então de “Nunca” a “Frequentemente”, a opção com a qual se identifique mais.

## **Procedimento**

O presente estudo surge do projeto da doutoranda Inês Queiroz Garcia, COuples’ OBesity (COOB), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (ref. 2020.05357.BD) e desenvolvido pelo William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário (Lisboa, Portugal), sob a orientação da Prof. Doutora Filipa Pimenta e coorientação do Prof. Doutor João Marôco e da Prof. Doutora Amy Gorin, que visa compreender a obesidade no casal. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do ISPA (ref. D/039/06/2021).

Inicialmente procedeu-se à recolha da amostra, que decorreu entre Novembro de 2021 e Junho de 2022. O recrutamento dos participantes decorreu em dois contextos: *online* e hospitalar. Os participantes que foram recrutados *online* tiveram acesso ao nosso questionário através da partilha do projeto em diferentes plataformas e redes sociais como, por exemplo, o

*Facebook*, o *LinkedIn* e o *Instagram*. Foram também distribuídos panfletos em caixas de correio, lojas, cafés, etc. Em contexto hospitalar, os participantes foram recrutados através da Dra. Elsa Henriques do Centro de Tratamento Cirúrgico da Obesidade do Hospital Distrital de Santarém (HDS) que partilhou com os seus pacientes o protocolo. Para que esta parceria institucional fosse possível, foi solicitada autorização à Comissão de Ética do HDS (Anexo 1), que deu o seu parecer favorável para a realização do estudo. Tudo isto sempre sob a orientação da doutoranda Inês Queiroz Garcia, responsável pelo projeto.

O questionário foi criado no *Qualtrics*. Primeiramente é apresentado aos participantes o consentimento informado, onde se encontra o objetivo da investigação, assim como outras informações pertinentes, como as questões da confidencialidade e do anonimato, seguindo o protocolo COOB, onde estão inseridos os constructos psicológicos que pretendemos avaliar. O preenchimento do questionário não ultrapassou, em média, os 30/40 minutos.

A fim de conseguirmos emparelhar os casais com os seus parceiros/cônjuges, é pedido, no início do questionário, que se crie um código alfanumérico. O código deve ser constituído pelas iniciais do primeiro e último nome do participante, assim como do seu parceiro(a)/cônjuge, bem como de um código comum criado pelos dois (Exemplo: Maria Francisca Pereira e Pedro Miguel Castanho com data de namoro/casamento a 22 de Janeiro de 1993. O código alfanumérico seria: MPPC-220193, e do parceiro: PCMP-220193).

## **Análise Estatística**

Para a análise dos resultados obtidos, foi utilizado o *software* estatístico *IBM SPSS Statistics*, versão 28, para a caracterização dos dados sociodemográficos através de medidas de tendência geral (média, desvio-padrão e frequências relativas) e a realização das análises estatísticas descritivas das variáveis em estudo.

Foi realizado um teste *t-student* de amostras emparelhadas para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente ao ajustamento diádico e à autoeficácia dos casais.

Através do Alfa de Cronbach verificou-se a consistência interna da escala de autoeficácia e das subescalas do ajustamento diádico (coesão, consenso e satisfação).

Foi indispensável proceder à análise diádica, uma vez que o objetivo é analisar a díade (o casal) e não os indivíduos, fazendo uso do Modelo de Interdependência Ator-Parceiro (*Actor-Partner Interdependent Model* [APIM]), desenvolvido por Cook e Kenny (2005), que consiste numa análise estatística mais apropriada para analisar casais (análise diádica) e que envolve um

modelo de equações estruturais que procura explicar a relação entre a variável dependente e independente.

Neste sentido, o primeiro passo foi reestruturar a base de dados original, a partir do *IBM SPSS Statistics*, com 60 indivíduos, para uma base diádica com 30 casais através do [link https://davidakenny.shinyapps.io/ItoD/](https://davidakenny.shinyapps.io/ItoD/) (Ledermann & Kenny, 2014). Na base diádica os casais estão especificados como casal 1, casal 2, etc., e ambos os membros do casal estão identificados numa única linha como um só. Importa referir que, de acordo com Kenny e colaboradores (2006) existem dois tipos de díades: a) as díades indistinguíveis, como casais homossexuais ou gémeos, onde não é possível distinguir os membros do casal através de nenhuma variável; b) as díades distinguíveis, onde é possível distinguir os membros de casal através de uma variável como, por exemplo, o sexo. Neste estudo, as díades foram então consideradas distinguíveis a partir da variável “sexo” (masculino/feminino). Para o efeito, foi realizado o Teste da Distinguilidade e da Não Independência através do [site https://davidakenny.shinyapps.io/Dingy/](https://davidakenny.shinyapps.io/Dingy/) (Kenny, 2015).

As correlações e variâncias dos membros do casal foram estimados e ajustados em vários modelos, com o propósito de definir qual o modelo mais propício. Para comparar estes modelos, foi utilizado o teste do qui-quadrado e o teste da diferença do qui-quadrado, que, devido ao tamanho da amostra, devem ser considerados apenas como informativos, o erro quadrático médio de aproximação (RMSEA), que deve ser inferior a 0,08, e o critério de informação bayesiano ajustado pelo tamanho da amostra (SABIC), que quanto mais baixo são é o valor mais ajustado é o modelo.

De seguida, após a reestruturação da base de dados e verificação de pressupostos foi possível analisar os efeitos das variáveis em estudo (autoeficácia e ajustamento diádico), através do [site https://apimsem.ugent.be/shiny/apim\\_sem/](https://apimsem.ugent.be/shiny/apim_sem/) (Stas et al., 2018), tendo por base o APIM de Kenny et al. (2006). Este modelo pretende compreender como os membros de uma díade, neste caso, como os membros do casal se influenciam mutuamente. Por outras palavras, procura estudar a influência que uma variável pode ter no próprio e/ou sobre o parceiro/a. Como o nome sugere, este modelo avalia dois aspetos: a) o Efeito Ator (*Actor Effect*), o efeito intrapessoal, que diz respeito ao impacto que uma variável tem no próprio; b) o Efeito Parceiro (*Partner Effect*), o efeito interpessoal, que se refere ao impacto que uma variável tem sobre o outro. No presente estudo, considera-se o Efeito Ator a forma como o ajustamento diádico do próprio influencia a autoeficácia do próprio, e o Efeito Parceiro a forma como o ajustamento diádico do próprio influencia a autoeficácia do outro.

Antes de mais, foi necessário identificar as variáveis em estudo: a variável dependente (autoeficácia) e a variável independente (ajustamento diádico). Como o ajustamento diádico é dividido em três subescalas (satisfação, coesão e consenso) foram então construídos três modelos APIM para calcular o Efeito Ator-Parceiro.

Concluídos estes passos analisaram-se os resultados obtidos. O nível de significância estatística correspondeu a  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

### *Análise de Fiabilidade (Alfa de Cronbach)*

Atendendo ao *Alfa de Cronbach*, foi calculada a consistência interna das subescalas Coesão, Consenso e Satisfação. A subescala Coesão apresentou um valor de *Alfa de Cronbach* de 0,830, o que evidencia uma boa consistência interna. A subescala Consenso revelou um valor de *Alfa de Cronbach* de 0,777, o que demonstra uma consistência interna razoável. Por fim, a subescala Satisfação apresentou um valor de *Alfa de Cronbach* de 0,890, revelador de uma boa consistência interna. O *Alfa de Cronbach* da autoeficácia revelou uma boa consistência de 0,821.

### *Análise Diádica – Teste da Distinguilidade*

As tabelas apresentadas abaixo (Tabelas 3 e 4) retratam a análise feita para realizar o Teste da Distinguilidade que pretende determinar se a variável “sexo” diferencia os membros do casal (homens e mulheres). Consoante os resultados apresentados, é possível determinar se a análise diádica é distinguível ou indistinguível.

A Tabela 3 caracteriza os cinco modelos (de I a V) que especificam os diferentes tipos de distinguibilidade e a Tabela 4 representa os testes de hipóteses de médias, correlações e variâncias iguais dos diferentes tipos de distinguibilidade.

Neste sentido, com base na Tabela 4 é possível verificar que o teste para avaliar se as médias são iguais (Modelo I *versus* Modelo II) não é estatisticamente significativo ( $\chi^2(4) = 3,41; p = 0,492$ ). Deste modo, verifica-se que existem evidências de que as médias são iguais. O teste para avaliar se as correlações são iguais (Modelo I *versus* Modelo III) é estatisticamente significativo ( $\chi^2(12) = 32,56; p = 0,001$ ), o que evidencia que as correlações entre pares de variáveis não são iguais. Por fim, o teste que determina se as variâncias são iguais (Modelo IV *versus* Modelo V) não é estatisticamente significativo ( $\chi^2(4) = 8,50; p = 0,075$ ). Assim, podemos verificar que as variâncias são iguais.

Dado os resultados apresentados, os membros da díade são indistinguíveis.

**Tabela 3***Testes de Diferentes Tipos de Distinguibilidade*

Modelo	Médias Iguais	Variâncias Iguais	Correlações Iguais	$\chi^2$	gl	p	RMSEA	SABIC
I	Sim	Sim	Sim	44,509	20	0,001	0,202	51,413
II	Não	Sim	Sim	41,104	16	< 0,001	0,229	49,159
III	Sim	Sim	Não	11,954	8	0,153	0,128	22,310
IV	Não	Sim	Não	8,498	4	0,075	0,194	20,005
V	Não	Não	Não		0			12,658

*Notas.*  $\chi^2$  = qui quadrado; gl = graus de liberdade; p = nível de significância estatística.

**Tabela 4***Teste de Hipóteses dos Diferentes tipos de Distinguibilidade*

	Teste	$\chi^2$	gl	p
Médias	I vs II	3,405	4	0,492
Correlações	I vs III	32,555	12	0,001
Variâncias	IV vs V	8,498	4	0,075

*Notas.*  $\chi^2$  = qui quadrado; gl = graus de liberdade; p = nível de significância estatística.

***Análise Diádica – Teste da Não Independência***

Para além do Teste da Distinguibilidade, é necessário verificar se a pontuação de ambos os membros dos casais são correlacionados, o que significa, não independentes (Tabela 5). Existem 16 correlações entre as pontuações de Homens e Mulheres e a hipótese nula aponta para que as correlações sejam todas zero. Se definirmos os membros da díade como distinguíveis, existem boas evidências de que há não correlação ou independência entre as pontuações da Mulher e do Homem. Em alternativa, se designarmos os membros do casal como indistinguíveis, existem também boas evidências de que há não correlação ou independência entre as pontuações de ambos os membros do casal.

No entanto, apesar do Teste da Distinguibilidade ter revelado que os membros da díade são indistinguíveis, os mesmos foram analisados como distinguíveis, uma vez que é reforçado pela literatura que havendo uma variável que os distingue, neste caso, o sexo biológico, é possível analisá-los com base nesse pressuposto, dado que se trata de casais heterossexuais.

**Tabela 5***Teste da Não-Independência para Homens e Mulheres*

	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	RMSEA	SABIC	SABIC (Saturado)
Distinguível	64,512	16	< 0,001	0,318	72,567	12,658
Indistinguível	58,413	10	< 0,001	0,402	62,441	6,904

*Notas.*  $\chi^2$  = qui quadrado; *gl* = graus de liberdade; *p* = nível de significância estatística.

***Análise Diádica – Diferença entre homens e mulheres relativamente ao ajustamento diádico e à autoeficácia para a gestão de peso no casal***

A análise da diferença entre homens e mulheres relativamente ao ajustamento diádico e da autoeficácia dos casais está representada na Tabela 6. Foi possível observar que a Coesão foi mais elevada nas mulheres do que nos homens ( $M = 3,08$ ;  $DP = 1,27$ ), contudo não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,385$ ). O Consenso foi também mais elevado nas mulheres ( $M = 4,22$ ;  $DP = 0,59$ ), porém não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,188$ ). Quanto à Satisfação, os resultados obtidos revelaram valores mais elevados nas mulheres ( $M = 4,08$ ;  $DP = 0,59$ ), embora este resultado também não seja significativo ( $p = 0,705$ ). Por fim, relativamente à Autoeficácia, as mulheres demonstraram um valor mais elevado ( $M = 3,65$ ;  $DP = 0,51$ ), não sendo este também um resultado estatisticamente significativo ( $p = 0,083$ ), uma vez que os valores de diferença entre homens e mulheres não são muito elevados.

**Tabela 6***Análise descritiva do ajustamento diádico e da autoeficácia para Homens e Mulheres*

	Homens	Mulheres	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
<b>Coesão</b>	2,87 (1,32)	3,08 (1,27)	0,385	0,457
<b>Consenso</b>	4,12 (0,66)	4,22 (0,59)	0,188	0,816
<b>Satisfação</b>	4,01 (0,90)	4,08 (0,59)	0,705	0,233
<b>Autoeficácia</b>	3,39 (0,65)	3,65 (0,51)	0,083	0,069

*Notas.* *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *p* = nível de significância estatística; *r* = correlação de Pearson.

## ***Análise Diádica – Impacto do ajustamento diádico na autoeficácia para a gestão de peso no casal***

Para avaliar o impacto do ajustamento diádico na autoeficácia dos casais, foram analisados três modelos APIM, um para cada subescala da variável independente, o ajustamento diádico – Coesão, Consenso e Satisfação. Na Tabela 7 estão sumariados os resultados obtidos do efeito ator-parceiro para cada um destes modelos.

### **Modelo 1. Efeito da Coesão na autoeficácia para a gestão de peso no casal**

A Coesão reportada para os homens (Efeito Ator) é preditora da autoeficácia dos homens para a gestão de peso no casal ( $p < 0,001$ ). Os restantes efeitos, Efeito Ator para as mulheres e Efeito Parceiro para ambos (homens e mulheres) não é estatisticamente significativo ( $p > 0,05$ ). Neste sentido, a variável independente (subescala da coesão) prediz apenas a autoeficácia dos homens para os próprios. Nas restantes variáveis dependentes, a coesão não demonstrou influenciar a autoeficácia para a gestão de peso no casal (Figura 1).

### **Modelo 2. Efeito do Consenso na autoeficácia para a gestão de peso no casal**

Relativamente ao Consenso, todas as variáveis deste modelo atingiram a significância estatística ( $p < 0,05$ ). Assim, a variável independente (subescala do consenso) conseguiu prever a variável dependente, a autoeficácia para a gestão de peso no casal (Figura 2).

### **Modelo 3. Efeito da Satisfação na autoeficácia para a gestão de peso no casal**

O Efeito Ator (para homens e mulheres) da Satisfação não se evidenciou estatisticamente significativo, bem como o Efeito Parceiro para homens também não revelou significância estatística ( $p > 0,05$ ). Já a satisfação reportada por homens (Efeito Parceiro) é preditora da autoeficácia das mulheres para a gestão de peso no casal ( $p = 0,022$ ). Desta forma, os resultados evidenciam que a variável independente (subescala da satisfação) dos homens prediz a autoeficácia das mulheres (Figura 3).

**Tabela 7**

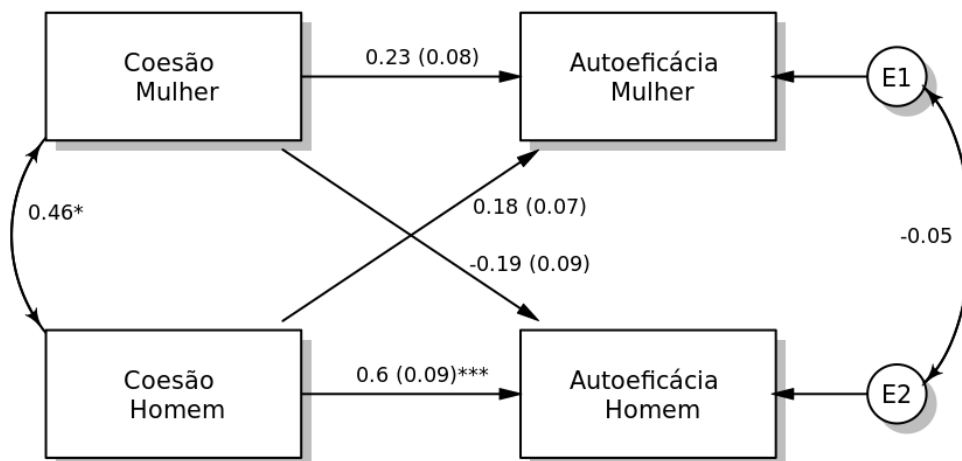
*Modelos APIM na explicação do impacto do ajustamento diádico na relação com a autoeficácia para a gestão de peso no casal*

	Homens				Mulheres			
	$R^2$	$\beta$	$p$	$r$	$R^2$	$\beta$	$p$	$r$
<b>Coesão</b>	0,289				0,123			
Ator		0,598	<0,001	0,533		0,228	0,235	0,212
Parceiro		-0,193	0,266	-0,199		0,182	0,345	0,170
<b>Consenso</b>	0,228				0,204			
Ator		0,811	0,004	0,469		0,677	0,017	0,400
Parceiro		-0,562	0,044	-0,345		-0,784	0,006	-0,451
<b>Satisfação</b>	0,062				0,157			
Ator		0,248	0,172	0,242		0,003	0,987	0,003
Parceiro		0,005	0,979	0,005		0,396	0,022	0,386

*Notas.*  $R^2$  = coeficiente de determinação;  $\beta$  = coeficiente estandardizado que usa o desvio padrão para Homens e Mulheres separadamente;  $p$  = nível de significância estatística;  $r$  = tamanho do efeito para os efeitos ator e parceiro com correlações parciais.

**Figura 1**

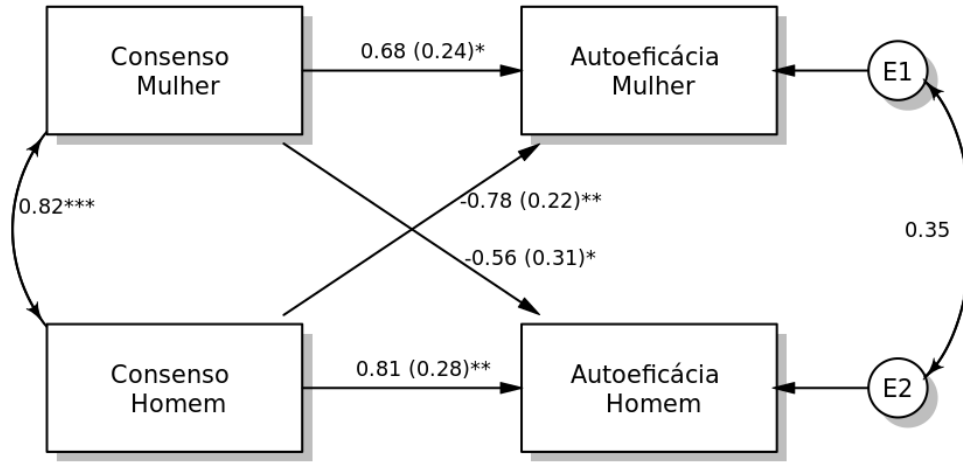
*Resultados do efeito da Coesão e da autoeficácia do próprio/a e do parceiro/a*



*Notas.* Os valores representam betas estandardizados e estão assinalados acima da trajetória a que se referem.  
 \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

**Figura 2**

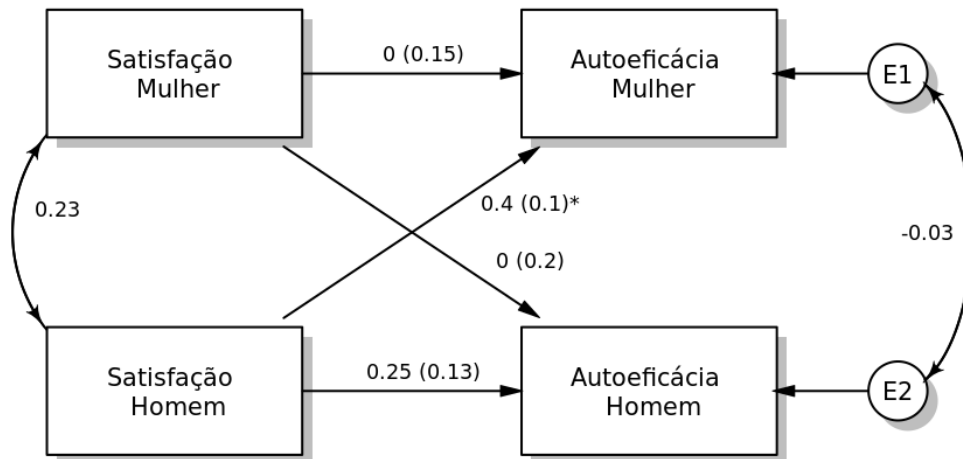
*Resultados do efeito do Consenso e da autoeficácia do próprio/a e do parceiro/a*



*Notas.* Os valores representam betas estandardizados e estão assinalados acima da trajetória a que se referem.  
\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

**Figura 3**

*Resultados do efeito da Satisfação e da autoeficácia do próprio/a e do parceiro/a*



*Notas.* Os valores representam betas estandardizados e estão assinalados acima da trajetória a que se referem.  
\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

***Análise Diádica – Impacto de variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de saúde na autoeficácia para a gestão de peso no casal***

Nenhuma das relações de predição foram estatisticamente significativas (Tabela 8), sugerindo que a duração da relação de compromisso (em anos) dos casais, o estatuto socioeconómico do agregado familiar do casal, as habilitações literárias do próprio/a e do parceiro/a, o índice de massa corporal (IMC) de ambos os membros do casal e o número de tentativas de perda de peso malsucedidas falharam em predizer a autoeficácia para a gestão de peso no casal ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 8**

*Modelos APIM na explicação do impacto de variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de saúde na autoeficácia para a gestão de peso no casal*

	Homens				Mulheres			
	$R^2$	$\beta$	$p$	$r$	$R^2$	$\beta$	$p$	$r$
<b>Duração da relação (em anos)</b>	0,007				0,089			
Ator		1,939	0,717	0,066		4,360	0,394	0,154
Parceiro		-1,985	0,710	-0,068		-4,616	0,367	-0,163
<b>Estatuto Socioeconómico</b>	0,172				0,062			
Ator		0,425	0,282	0,193		0,427	0,311	0,182
Parceiro		-0,760	0,055	-0,331		-0,562	0,132	-0,237
<b>Habilitações literárias</b>	0,096				0,040			
Ator		-0,223	0,409	-0,149		0,312	0,263	0,200
Parceiro		-0,104	0,701	-0,070		-0,256	0,359	-0,165
<b>IMC</b>	0,006				0,073			
Ator		-0,085	0,667	-0,078		0,289	0,132	0,265
Parceiro		-0,034	0,863	-0,031		0,060	0,755	0,057
<b>N.º Tentativas Perda de Peso Malsucedidas</b>	0,019				0,149			
Ator		0,014	0,939	0,014		0,315	0,062	0,323
Parceiro		-0,136	0,451	-0,136		0,224	0,183	0,236

*Notas.*  $R^2$  = coeficiente de determinação;  $\beta$  = coeficiente estandardizado que usa o desvio padrão para Homens e Mulheres separadamente;  $p$  = nível de significância estatística;  $r$  = tamanho do efeito para os efeitos ator e parceiro com correlações parciais.

## Discussão

A Obesidade é uma doença crónica em permanente aumento global, que acarreta uma infinidade de consequências negativas para a saúde da população, com um impacto significativo na qualidade de vida do indivíduo. Desse modo, torna-se cada vez mais pertinente estudar os fatores que contribuem para a evolução desta epidemia e que caracterizam milhões de pessoas em todo o mundo (WHO, 2018).

A maior parte dos estudos que existem na área da obesidade têm-se centrado apenas no indivíduo, no entanto, cada vez mais se tem vindo a notar a importância que outra pessoa, outro significativo, pode ter no processo de perda de peso (Kumanyika et al., 2009; Markey et al., 2007; Wing & Jeffery, 1999). Nesta perspetiva, sabendo que as relações interpessoais são muito importantes no que toca a gerir assuntos relacionados com a saúde, alguns autores defendem que a pessoa com quem o indivíduo estabelece uma relação amorosa, seja namorado, companheiro ou cônjuge, exerce uma maior influência sobre o mesmo relativamente a hábitos e comportamentos de saúde (Dailey et al., 2018; Gorin et al., 2018; Falba & Sindelar, 2008). Assim, torna-se relevante estudar a autoeficácia do casal no processo de gestão de peso, ou seja, de que forma é que o casal, trabalhando em conjunto, na perda de peso, tem mais confiança na capacidade de realizar as mudanças necessárias para o conseguir. Os cônjuges/parceiros têm um papel único em ajudar o outro a desenvolver a motivação necessária para que se inicie o processo (Wooldridge & Ranby, 2019).

Embora exista alguma literatura sobre a importância da autoeficácia para a gestão do peso para a mudança de comportamento em saúde, e uma vez que a autoeficácia está consideravelmente relacionada com a perceção de controlo que a pessoa tem sobre a sua doença (Schuz et al., 2012), está ainda em falta compreender de que forma o casal consegue reunir esforços suficientes para alterar os seus hábitos diários. É muito importante que o casal se encontre em concordância, de maneira a que juntos possam organizar-se e definir objetivos e metas para a gestão de peso em apenas um ou até em ambos os membros do casal. Assim, o ajustamento diádico, a qualidade do relacionamento, é um dos princípios essenciais para esta gestão (Bag & Akbas, 2020).

O presente estudo teve então como principal objetivo avaliar se o ajustamento diádico prediz a autoeficácia para a gestão de peso no casal. Por outras palavras, se a qualidade do relacionamento influencia a confiança de ambos os membros do casal para reunir esforços a fim de conseguirem gerir o seu peso. Além disto, pretendeu-se compreender se algumas variáveis sociodemográficas (como o tempo de relação [em anos], o estatuto socioeconómico

do agregado familiar, as habilitações literárias, etc.) predizem também esta autoeficácia para a gestão de peso no casal.

Os resultados sobre as diferenças entre homens e mulheres relativamente ao ajustamento diádico sugerem que a Coesão, o Consenso e a Satisfação foram mais elevados nas mulheres do que nos homens, mas não de forma significativa ( $p > 0,05$ ). O mesmo foi constatado em relação à autoeficácia. Isto é, tanto o ajustamento diádico como a autoeficácia revelaram-se mais elevadas nas mulheres, contudo, como os valores obtidos não apresentaram significância estatística, não podemos assumir esta premissa. Apesar dos resultados não significativos ao comparar homens e mulheres, alguns estudos evidenciam outros resultados. Num estudo realizado por Zeren et al. (2019), sobre a qualidade de vida e ajustamento diádico com casais que estavam a fazer tratamento para a infertilidade, o ajustamento diádico nos homens obteve resultados significativamente superiores aos das mulheres, uma vez que os homens, por norma, sofrem menos de *stress* do que as mulheres, ao sentirem mais satisfação com o seu relacionamento e mais autoconfiança. Também Chu e colaboradores (2019) estudaram que as mulheres que sofrem de obesidade são mais propícias a desenvolver depressão, o que, como consequência, promove baixa autoestima e baixa autoeficácia. Porém, são escassos os estudos na área da obesidade que abordam tanto o ajustamento diádico como a autoeficácia no casal, não sendo possível inferir hipóteses.

Através dos resultados obtidos (Efeito Parceiro) foi possível constatar que o ajustamento diádico de um indivíduo prediz, em parte, a autoeficácia do outro para a gestão de peso no casal. O *Consenso* reportado por homens demonstrou predizer a autoeficácia das mulheres e o consenso reportado por mulheres demonstrou igualmente predizer a autoeficácia dos homens, ambos de forma estatisticamente significativa. No que diz respeito à *Satisfação*, a satisfação nos homens parece predizer a autoeficácia das mulheres, enquanto ao contrário o mesmo não se verificou. No entanto, na *Coesão* não se obtiveram resultados estatisticamente significativos, no Efeito Parceiro para homens e mulheres. Existem evidências científicas que casais que aparentam ter uma relação estável se sentem mais confortáveis em lutar ativamente, de forma conjunta, contra o peso excessivo (Ledyard & Morrison, 2008). Desta forma, seria expectável que os casais que tenham um bom ajustamento diádico apresentem uma boa autoeficácia, uma vez que quanto mais satisfeitos estão com o seu relacionamento maior é a crença e confiança de que juntos conseguem adotar comportamentos mais adequados em prol de um objetivo comum. Por outro lado, Bag e Akbas (2020) sugeriram que pacientes com obesidade demonstram ter mais problemas de consenso diádico com os seus parceiros. Assim, podemos inferir que, em certa medida, o consenso diádico está associado à autoeficácia do indivíduo, tal

como indicam os resultados desta investigação. Deste modo, a qualidade do relacionamento parece influenciar a confiança de ambos os membros do casal para reunir esforços conjuntos para a gestão de peso.

Em relação aos resultados do Efeito Ator, estes indicam também que o ajustamento diádico prediz, em parte, a autoeficácia do próprio na gestão de peso no casal. Na *Coesão*, os resultados obtidos nos homens foram estatisticamente significativos, o que sugere que a coesão nos homens é preditora da autoeficácia dos mesmos, no entanto nas mulheres o mesmo não se verificou. No *Consenso*, tantos os resultados dos homens como das mulheres, demonstraram ser estatisticamente significativos, o que indica que o consenso do homem e da mulher prediz a autoeficácia dos mesmos, ou seja, o Efeito Ator foi, mais uma vez, observado. Por último, relativamente à *Satisfação*, este efeito não se observou, dado que os resultados tanto nos homens como nas mulheres não foram estatisticamente significativos, ou seja, a satisfação nos homens não prediz a autoeficácia dos homens e a satisfação nas mulheres não prediz a autoeficácia das mesmas. Apesar de não terem sido encontrados estudos na literatura revista que suportem estes resultados, este resultado pode ser explicado por estudos que indicam que a qualidade do relacionamento percebida pelo indivíduo influencia a forma como este se comporta. Wooldridge e Ranby (2019), num estudo sobre a influência da relação na autoeficácia do indivíduo, em adultos com diabetes tipo 2, comprovaram que casais que veem a doença como uma responsabilidade partilhada apresentam geralmente melhores resultados de saúde, quando comparados com casais que veem a doença como uma responsabilidade individual. Desta forma, os parceiros que encorajam ativamente o outro a implementar comportamentos de saúde proporcionam a motivação necessária para a mudança de comportamento. Assim, o apoio social e a satisfação das relações são conceptualizados como preditores das crenças de autoeficácia no indivíduo. Deste modo, é de esperar que quando o indivíduo se sente satisfeito com o seu relacionamento a sua autoeficácia aumente. Apesar do presente estudo ter ido, em parte, ao encontro disto, os resultados podem dever-se à reduzida amostra diádica ( $n = 30$ ).

Em relação às características sociodemográficas, estilo de vida e de saúde das díades, verificou-se que as variáveis estudadas (tempo de relação do casal [em anos]; estatuto socioeconómico do agregado familiar; habilitações literárias do próprio/a e do parceiro/a; IMC de ambos os membros do casal; número de tentativas de perda de peso malsucedidas) não predizem a autoeficácia do casal para a gestão do peso, ou seja, estas variáveis parecem não ter influência na confiança dos casais na administração de esforços para a perda e/ou gestão de peso. Existem alguns estudos que sublinham que o nível educacional e o estatuto

socioeconómico contribuem para a prevalência da obesidade (Apovian, 2016; Gaio et al., 2018), no entanto, não foram encontrados estudos na literatura revisada que correlacionem estas variáveis com a autoeficácia do casal. Os casais que tendem a ter um IMC semelhante, tendem a partilhar comportamentos, desta forma, a motivação e a confiança de um para a mudança de comportamento pode influenciar a mudança de comportamento do outro (Best et al., 2017). Apesar deste facto não se ter comprovado no nosso estudo, seria de esperar que o IMC dos membros do casal tivesse alguma influência na autoeficácia de ambos para a gestão do peso. No que se refere ao tempo de relação (em anos), também seria de esperar que esta variável influenciasse a autoeficácia do casal. Uma vez que The e Gordon-Larsen (2009) mencionam que quanto mais tempo os casais estão juntos mais semelhantes são os comportamentos relacionados com a saúde, e conseqüentemente levam a um melhor ajustamento diádico. No entanto, o tempo de relação dos casais não se evidenciou estatisticamente significativo perante a autoeficácia do casal na gestão de peso. Por fim, relativamente ao número de tentativas de perda de peso malsucedidas, e apesar dos resultados não terem sido significativos, seria de esperar que quanto maior o número de tentativas de perda de peso malsucedidas maior também será a desmotivação por parte do casal, sendo os níveis de autoeficácia cada vez mais baixos. Assim, seria pertinente reforçar o estudo da relação entre comportamentos de saúde e de autoeficácia a fim de compreender melhor de que forma os níveis de autoeficácia promovem a mudança de comportamento (Nezami et al., 2016).

Apesar dos resultados obtidos, não podemos considerar a amostra representativa da população, uma vez que esta foi composta por apenas 30 casais (60 indivíduos). Desta forma, propõe-se uma replicação deste estudo com uma amostra consideravelmente maior. É também de sublinhar que o facto de alguns dos resultados não se terem evidenciado estatisticamente significativos pode dever-se a esta pequena amostra. Contudo, a análise estatística utilizada foi uma análise diádica – o Modelo APIM (Modelo de Interdependência Ator-Parceiro) de Kenny e colaboradores (2006), uma abordagem também bastante utilizada em amostras reduzidas.

Foram apontadas algumas dificuldades em aumentar a amostra: a) os critérios de inclusão rigorosos, como a participação de ambos os membros do casal no estudo e a coabitação de pelo menos um ano; b) o tema da obesidade ser ainda considerado um tópico sensível nos dias que correm; e c) o protocolo extenso, com tempo de resposta de 30/40 minutos, fez com que algumas pessoas desistissem do seu preenchimento. Num estudo futuro seria importante, de forma a ultrapassar estas resistências, a presença de um investigador durante o preenchimento dos questionários.

Ressalva-se também que neste estudo os participantes foram recrutados em diferentes contextos, parte da amostra foi recolhida comunitariamente, através das redes sociais, e a restante amostra recolhida em contexto hospitalar, no Hospital Distrital de Santarém com a ajuda da Dra. Elsa Henriques, que trabalha no Centro de Tratamento Cirúrgico da Obesidade do referido Hospital. Futuramente, seria também interessante estudar a diferença entre os dois contextos, uma vez que, à partida, os participantes em contexto hospitalar estão a ser acompanhados por um profissional de saúde no combate à perda de peso, enquanto nos restantes participantes, recolhidos *online*, não é possível assegurar a presença desse acompanhamento.

Ledyard e Morrison (2008) apontaram também que casais em que apenas um dos membros do casal apresenta excesso de peso ou obesidade têm tendência a criar mais conflitos no que diz respeito a comportamentos alimentares e preocupações relacionadas com a saúde, quando comparados com casais que apresentam peso semelhante. Assim, seria também interessante, em investigações futuras, comparar casais em que ambos apresentam obesidade com casais e em que apenas um elemento apresenta obesidade, de forma a estudar as diferenças no ajustamento diádico e na autoeficácia dos mesmos.

O presente estudo demonstra ser uma investigação imprescindível na área da obesidade, uma vez que se centra no casal. Grande parte dos estudos que abordam esta temática focam-se apenas no indivíduo sem ter em consideração as relações interpessoais do mesmo e a forma como estas influenciam os seus comportamentos (Gorin et al., 2018). Desta forma, este trabalho revela-se também uma mais-valia, dado que são escassos os estudos que utilizam a análise diádica.

É também cada vez mais importante implementar programas de prevenção e intervenção em indivíduos com excesso de peso e/ou obesidade, uma vez que é notório o crescimento desta epidemia em todo o mundo. É de realçar que muitas vezes a falta de informação ou informação inadequada abriga crenças erradas sobre os riscos para a saúde. É importante que as pessoas estejam conscientes do que põem a sua saúde em causa, para além de adquirirem conhecimentos suficientes sobre como regular o seu comportamento. Os indivíduos necessitam de compreender que as suas ações levam a resultados subjacentes. Porém, é essencial não nos esquecermos, como referido anteriormente, do contexto social em que o indivíduo se insere e das relações que estabelece com os outros. Ter como um dos principais alvos o ambiente doméstico partilhado pode ser uma área bastante promissora de intervenção, de modo a estabelecer padrões de comportamento saudáveis e reduzir a obesidade (The & Gordon-Larsen, 2009). Neste sentido, é fundamental que se desenvolvam mais estudos nesta área, e em outras

áreas da saúde, em casal, com o objetivo de compreender as variáveis que facilitam a mudança de comportamento em saúde.

Por fim, esta investigação procura também consciencializar os profissionais de saúde sobre a importância das pessoas que fazem parte da vida do indivíduo no processo de gestão de peso, e, principalmente, consciencializar os indivíduos de que devem pedir ajuda ao seu companheiro/a e familiares, uma vez que a obesidade não é uma batalha a vencer sozinho. É importante que estas pessoas compreendam que em conjunto têm mais probabilidade de reunir esforços suficientes para a perda de peso, uma vez que a qualidade de suporte é essencial.

## Referências

- Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image, 1*(2), 155-167. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2003.12.001>
- Apovian, C. M. (2016). Obesity: Definition, comorbidities, causes, and burden. *American Journal of Managed Care, 22*(7 Suppl), s176-85.
- Arem, H., & Irwin, M. (2011). A review of web-based weight loss interventions in adults. *Obesity Reviews, 12*(5), e236-e243. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00787.x>
- Avgerinos, K. I., Spyrou, N., Mantzoros, C. S., & Dalamaga, M. (2019). Obesity and cancer risk: Emerging biological mechanisms and perspectives. *Metabolism, 92*, 121-135. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.11.001>
- Badr, H., & Acitelli, L. K. (2005). Dyadic adjustment in chronic illness: Does relationship talk matter? *Journal of Family Psychology, 19*(3), 465. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.3.465>
- Badr, H., & Acitelli, L. K. (2017). Re-thinking dyadic coping in the context of chronic illness. *Current Opinion in Psychology, 13*, 44-48. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.001>
- Bag, S., & Akbas, F. (2020). The impact of obesity on sexual functions and dyadic consensus in Patients with Obesity. *Metabolic Syndrome and Related Disorders, 18*(6), 308-312. <https://doi.org/10.1089/met.2020.0012>
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., & Moreau, C. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ, 340*, c2573. <https://doi.org/10.1136/bmj.c2573>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Best, D., Avenell, A., Bhattacharya, S., & Stadler, G. (2017). New debate: is it time for infertility weight-loss programmes to be couple-based?. *Human Reproduction, 32*(12), 2359-2365. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex313>

- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In A. Reverson, K. Kayser & G. Bodenman (Eds.), *Couples Coping with Stress: Emerging Perspectives on Dyadic Coping* (pp.33-50). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11031-002>
- Brennan, L., Murphy, K. D., de la Piedad Garcia, X., Ellis, M.E., Metzendorf, M. I., & McKenzie, J. E. (2018). Psychological interventions for adults who are overweight or obese. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD012114. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012114.pub2>
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: An overview. *Epidemiologic Reviews*, 29, 1-5. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxm012>
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370-379. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa066082>
- Chu, D. T., Nguyet, N. T. M., Dinh, T. C., Lien, N. V. T., Nguyen, K. H., Ngoc, V. T. N., ... & Pham, V. H. (2018). An update on physical health and economic consequences of overweight and obesity. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 12(6), 1095-1100. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.05.004>
- Chu, D. T., Nguyet, N. T. M., Nga, V. T., Lien, N. V. T., Vo, D. D., Lien, N., ... & Pham, V. H. (2019). An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(1), 155-160. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.07.015>
- Cobb, L. K., McAdams-DeMarco, M. A., Gudzone, K. A., Anderson, C. A., Demerath, E., Woodward, M., ... & Coresh, J. (2015). Changes in body mass index and obesity risk in married couples over 25 years: the ARIC cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 183(5), 435-443. <https://doi.org/10.1093/aje/kwv112>
- Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The actor-partner interdependence model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29(2), 101-109.
- Dailey, R., Romo, L., Myer, S., Thomas, C., Aggarwal, S., Nordby, K., ... & Dunn, C. (2018). The buddy benefit: Increasing the effectiveness of an employee-targeted weight-loss program. *Journal of Health Communication*, 23(3), 272-280. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1436622>
- Dimitropoulou, P., Martin, R. M., Turner, E. L., Lane, J. A., Gilbert, R., Davis, M., ... & Neal, D. E. (2011). Association of obesity with prostate cancer: a case-control study within

- the population-based PSA testing phase of the ProtecT study. *British Journal of Cancer*, 104(5), 875-881. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6606066>
- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67-85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x>
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., ... & Giugliano, D. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*, 19(4), 353-357. <https://doi.org/10.5812/ircmj.24685>
- Falba, T. A., & Sindelar, J. L. (2008). Spousal concordance in health behavior change. *Health Services Research*, 43(1p1), 96-116. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00754.x>
- Fontaine, K. R., & Cheskin, L. J. (1997). Self-efficacy, attendance, and weight loss in obesity treatment. *Addictive Behaviors*, 22(4), 567-570. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(96\)00068-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(96)00068-8)
- Gaio, V., Antunes, L., Barreto, M., Gil, A. P., Kislaya, I., Vieira, S. C. N. G. C., ... & Dias, C. M. (2018). Prevalência de excesso de peso e de obesidade em Portugal. *Observações\_Boletim Epidemiológico*, (22), 29-33.
- Godinho, C. A., Alvarez, M. J., Lima, M. L., & Schwarzer, R. (2013). Will is not enough: Coping planning and action control as mediators in the prediction of fruit and vegetable intake. *British Journal of Health Psychology*, 19(4), 856-870. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12084>
- Gorin, A. A., Lenz, E. M., Cornelius, T., Huedo-Medina, T., Wojtanowski, A. C., & Foster, G. D. (2018). Randomized controlled trial examining the ripple effect of a nationally available weight management program on untreated spouses. *Obesity*, 26(3), 499-504. <https://doi.org/10.1002/oby.22098>
- Hofmann, B. (2016). Obesity as a socially defined disease: philosophical considerations and implications for policy and care. *Health Care Analysis*, 24(1), 86-100. <https://doi.org/10.1007/s10728-015-0291-1>
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Jeffery, R. W., & Utter, J. (2003). The changing environment and population obesity in the United States. *Obesity Research*, 11(S10), 12S-22S. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.221>

- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., ... & Yanovski, S. Z. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Journal of the American College of Cardiology*, *63*(25 Part B), 2985-3023. <https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2013.11.004>
- Johnson, N. J., Backlund, E., Sorlie, P. D., & Loveless, C. A. (2000). Marital status and mortality: the national longitudinal mortality study. *Annals of Epidemiology*, *10*(4), 224-238. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(99\)00052-6](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(99)00052-6)
- Jumbe, S., Hamlet, C., & Meyrick, J. (2017). Psychological aspects of bariatric surgery as a treatment for obesity. *Current Obesity Reports*, *6*, 71-78. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0242-2>
- Jung, F. U., & Luck-Sikorski, C. (2019). Overweight and lonely? A representative study on loneliness in obese people and its determinants. *Obesity Facts*, *12*(4), 440-447. <https://doi.org/10.1159/000500095>
- Kang, S. Y., Lee, J. A., Sunwoo, S., Yu, B. Y., Lee, J. H., Cho, C. H., ... & Kim, Y. S. (2016). Prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in middle-aged and elderly Korean men in primary care. *The Journal of Sex Research*, *53*(9), 1165-1178. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1174657>
- Katzmarzyk, P.T. (2014). Anthropometric indicators in relation to the gold standards. In G. A. Bray & C. Bouchard (Eds.), *Handbook of Obesity: Epidemiology, Etiology and Physiopathology*. USA: Taylor & Francis Group, LLC.
- Kenny, D. A. (2015). *An interactive tool for testing distinguishability and nonindependence in dyadic data*. In <https://davidakenny.shinyapps.io/Dingy/>
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin*, *127*(4), 472. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.472>
- Kiecolt-Glaser, J. K., Jaremka, L., Andridge, R., Peng, J., Habash, D., Fagundes, C. P., ... & Belury, M. A. (2015). Marital discord, past depression, and metabolic responses to high-fat meals: Interpersonal pathways to obesity. *Psychoneuroendocrinology*, *52*, 239-250. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.11.018>
- Kumanyika, S. K., Wadden, T. A., Shults, J., Fassbender, J. E., Brown, S. D., Bowman, M. A., ... & Wu, X. (2009). Trial of family and friend support for weight loss in African American adults. *Archives of Internal Medicine*, *169*(19), 1795-1804. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.337>

- Latner J. D. & Wilson R. E. (2011) Obesity and Body image in adulthood. In: Cash TF & Smolak L. (Eds.) *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention (2nd ed)*. New York: the Guilford Press, pp, 189-197.
- Ledermann, T., & Kenny, D. A. (2014). A toolbox with programs to restructure and describe dyadic data. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(8), 997-1011. <https://doi.org/10.1177/0265407514555273>
- Ledyard, M. L., & Morrison, N. C. (2008). The meaning of weight in marriage: A phenomenological investigation of relational factors involved in obesity. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 7(3), 230-247. <https://doi.org/10.1080/15332690802237946>
- Lewis, M. A., McBride, C. M., Pollak, K. I., Puleo, E., Butterfield, R. M., & Emmons, K. M. (2006). Understanding health behavior change among couples: An interdependence and communal coping approach. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1369-1380. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.006>
- Linde, J. A., Rothman, A. J., Baldwin, A. S., & Jeffery, R. W. (2006). The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychology*, 25(3), 282. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.3.282>
- Luszczynska, A., Tryburcy, M., & Schwarzer, R. (2007). Improving fruit and vegetable consumption: a self-efficacy intervention compared with a combined self-efficacy and planning intervention. *Health Education Research*, 22(5), 630-638. <https://doi.org/10.1093/her/cyl133>
- Markey, C. N., Markey, P. M., & Gray, H. F. (2007). Romantic relationships and health: An examination of individuals' perceptions of their romantic partners' influences on their health. *Sex Roles*, 57(5), 435-445. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9266-5>
- Marlatt, G.A., Baer, J.S. and Quigley, L.A. (1995) Self-efficacy and addictive behavior, in A. Bandura (ed.) *Self-efficacy in Changing Societies* (pp. 289–315). New York: Cambridge University Press.
- McAdams DeMarco, M., Coresh, J., Woodward, M., Butler, K. R., Kao, W. L., Mosley Jr, T. H., ... & Anderson, C. A. (2011). Hypertension status, treatment, and control among spousal pairs in a middle-aged adult cohort. *American Journal of Epidemiology*, 174(7), 790-796. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr167>
- McCarthy, M. I. (2010). Genomics, type 2 diabetes, and obesity. *New England Journal of Medicine*, 363(24), 2339-2350. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0906948>

- Moyer, V. A. (2012). Screening for and management of obesity in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, *157*(5), 373-378. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-5-201209040-00475>
- Nezami, B. T., Lang, W., Jakicic, J. M., Davis, K. K., Polzien, K., Rickman, A. D., Hatley, K. E., & Tate, D. F. (2016). The effect of self-efficacy on behavior and weight in a behavioral weight-loss intervention. *Health Psychology*, *35*(7), 714–722. <https://doi.org/10.1037/hea0000378>
- Ogden, J., & Clementi, C. (2010). The experience of being obese and the many consequences of stigma. *Journal of Obesity*, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/429098>
- Okop, K. J., Mukumbang, F. C., Mathole, T., Levitt, N., & Puoane, T. (2016). Perceptions of body size, obesity threat and the willingness to lose weight among black South African adults: a qualitative study. *BMC Public Health*, *16*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3028-7>
- Perry, B., Ciciurkaite, G., Brady, C. F., & Garcia, J. (2016). Partner influence in diet and exercise behaviors: Testing behavior modeling, social control, and normative body size. *PLoS One*, *11*(12), e0169193. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169193>
- Poston, W. S., & Foreyt, J. P. (1999). Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, *146*(2), 201-209. [https://doi.org/10.1016/S0021-9150\(99\)00258-0](https://doi.org/10.1016/S0021-9150(99)00258-0)
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, *100*, 1019-1028. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Renner, B., & Schwarzer, R. (2005). The motivation to eat a healthy diet: How intenders and nonintenders differ in terms of risk perception, outcome expectancies, self-efficacy, and nutrition behavior. *Polish Psychological Bulletin*, *36*(1), 7-15.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, *2*(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Schüz, B., Wurm, S., Warner, L. M., & Ziegelmann, J. P. (2012). Self-efficacy and multiple illness representations in older adults: a multilevel approach. *Psychology & Health*, *27*(1), 13-29. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.541908>
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, *57*(1), 1-29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>

- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2015). Health Action Process Approach. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviours* (pp.252-278, 3rd ed.). Maidenhead, UK: McGraw Hill Open University Press.
- Segal, A., Cardeal, M., & Cordas, T, (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2), 81-89.
- Singer, A., Swencionis, C., & Cimino, C. (2017). Motivation, Self-Efficacy and Weight Loss in a RCT Weight Loss Intervention. *The New School Psychology Bulletin*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/a0029186>
- Singh, P., Kapil, U., Shukla, N. K., Deo, S. V. S., & Dwivedi, S. N. (2011). Association of overweight and obesity with breast cancer in India. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 36(4), 259. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.91326>
- Stas, L., Kenny, D. A., Mayer, A., & Loeyes, T. (2018). Giving dyadic data analysis away: A user-friendly app for actor–partner interdependence models. *Personal Relationships*, 25(1), 103-119. <https://doi.org/10.1111/per.12230>
- Sturm, R. (2004). The economics of physical activity: societal trends and rationales for interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 126-135. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.06.013>
- Sutton, G. C. (1993). Do men grow to resemble their wives, or vice versa?. *Journal of Biosocial Science*, 25(1), 25-29. <https://doi.org/10.1017/S0021932000020253>
- Taskin Yilmaz, F., Karakoc Kumsar, A., & Demirel, G. (2019). The effect of body image on sexual quality of life in obese married women. *Health Care for Women International*, 40(4), 479-492. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1542432>
- The, N. S., & Gordon-Larsen, P. (2009). Entry into romantic partnership is associated with obesity. *Obesity*, 17(7), 1441-1447. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.97>
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 533-550. <https://doi.org/10.14417/ap.225>
- Van Gaal, L. F., Mertens, I. L., & Christophe, E. (2006). Mechanisms linking obesity with cardiovascular disease. *Nature*, 444(7121), 875-880. <https://doi.org/10.1038/nature05487>
- Vidal, J. (2002). Updated review on the benefits of weight loss. *International Journal of Obesity*, 26(4), S25-S28. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802215>

- Vieira M. V. (2021). Obesidade. In I. Leal & J. L. Pais-Ribeiro (Ed.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 259-266). Lisboa: Pactor Editora
- Wang, M. L., Pbert, L., & Lemon, S. C. (2014). Influence of family, friend and coworker social support and social undermining on weight gain prevention among adults. *Obesity*, 22(9), 1973-1980. <https://doi.org/10.1002/oby.20814>
- Webber, K. H., Tate, D. F., Ward, D. S., & Bowling, J. M. (2010). Motivation and its relationship to adherence to self-monitoring and weight loss in a 16-week Internet behavioral weight loss intervention. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(3), 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2009.03.001>
- Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 21(1), 323-341. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.21.1.323>
- Wing, R. R., & Jeffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 132. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.132>
- Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 222S-225S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/82.1.222S>
- Wooldridge, J. S., & Ranby, K. W. (2019). Influence of relationship partners on self-efficacy for self-management behaviors among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 32(1), 6-15. <https://doi.org/10.2337/ds17-0069>
- World Health Organization (2007). *The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response*. Geneva: WHO Publications. <http://www.euro.who.int/data/assessrs/pdf/file/0008/98243/E89858.pdf>
- World Health Organization (2014). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854eng.pdf;jsessionid=1B56EB0B1FE8BAD438F8720EEB7FC499?sequence=1>
- World Health Organization (2018). *Obesity and Overweight*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization (2019). *Controlling the Global Obesity Epidemic*. <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>
- Zeren, F., Gürsoy, E., & Çolak, E. (2019). The quality of life and dyadic adjustment of couples receiving infertility treatment. *African Journal of Reproductive Health*, 23(1), 117-127. <https://doi.org/10.29063/ajrh2019/v23il.12>

**ANEXOS**

# Anexo 1 – Parecer do Hospital Distrital de Santarém para a realização do estudo enquadrado no Projeto COuples’ OBesity



Santarém, 25 de janeiro de 2022

## Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para a realização da investigação com vista a participação em estudo a desenvolver no Hospital de Santarém E.P.E., Serviço de Psicologia, na sua vertente do Centro de Tratamento Cirúrgico do Obeso, com o título **“COuples’ OBesity (COOB): Conceptualization, measurement, development, and efficacy testing of an online-based couples’ intervention”**., tendo como Investigadora Principal Dra. Inês Queiroz Garcia e Orientadora a Dra. Filipa Pimenta, ambas do ISPA- Instituto Universitário. O elo de ligação no HDS será a psicóloga Dra Elsa Henriques tendo sido devidamente autorizado pela então Diretora do Serviço de Cirurgia Geral, Dra. Maria Lopes. A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização do estudo depois de reunida toda a documentação necessária. Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do HDS

RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORÁVEL

O Presidente da Comissão de Ética

Dr. Paulo Sintra

## **APÊNDICES**

## Apêndice A – Revisão de Literatura

### Revisão de Literatura

A Obesidade tem vindo a tornar-se num dos mais graves problemas de saúde pública, e é considerada, por vários autores, como uma consequência das mudanças que o ambiente humano tem vindo a sofrer, que promovem cada vez mais a inatividade física e o consumo exagerado de alimentos (Christakis & Fowler, 2007; Cobb et al., 2015; Jeffery & Utter, 2003). Tanto o excesso de peso como a obesidade representam elevados riscos para a saúde da população em todo o mundo e em todas as faixas etárias, incluindo bebés, crianças, adolescentes, adultos e idosos, através das suas comorbilidades (Chu et al., 2018).

Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a obesidade como “*uma doença crónica em que o excesso de peso e de gordura corporal acumulada pode afetar a saúde do indivíduo*” (WHO, 2007, 2018). Um desequilíbrio interno é, então, assim, provocado pelo excesso de gordura acumulada, normalmente resultante do facto de a energia ingerida ser bastante superior à energia gasta. Este desequilíbrio interno é geralmente medido através do índice de massa corporal (IMC), embora existam diversas formas de o fazer. Considerando sempre a idade e o sexo do indivíduo, esta medição permite que haja uma classificação do sujeito em diferentes categorias – peso baixo, peso ideal, excesso de peso ou obesidade (Katzmarzyk, 2014; WHO, 2018). Uma pessoa adulta com um IMC inferior a  $18,50 \text{ kg/m}^2$  é definida como abaixo do peso, uma pessoa em que o IMC se encontre no intervalo entre  $18,50$  a  $24,90 \text{ kg/m}^2$  é considerada como tendo um peso normal (tendo em conta a sua altura e o seu peso), pessoas com o IMC igual ou superior a  $25 \text{ kg/m}^2$  e, não ultrapassando os  $29,9 \text{ kg/m}^2$  são caracterizadas como tendo excesso de peso e, por fim, uma pessoa é considerada como obesa quando o seu IMC é igual ou superior  $30 \text{ kg/m}^2$  (Jensen et al., 2014; WHO, 2018).

Por consequência, a obesidade e o excesso de peso são apontados como os principais impulsionadores para o processo de desenvolvimento de certas doenças, tanto físicas como psicológicas que afetam, particularmente, a qualidade de vida do indivíduo, sendo primordial que estes indivíduos percam peso (Singer et al., 2017). Neste seguimento, a perda de peso é um dos aspetos mais importantes na vida destes doentes, de forma a melhorar as suas condições de saúde. A perda de peso inclui, não só a diminuição do peso, como também mudanças em comportamentos respeitantes à saúde (Vidal, 2002). Uma perda de peso bem-sucedida é usualmente definida como a capacidade de perder intencionalmente cerca de 10% do seu peso

corporal atual e conseguir manter o peso perdido ao longo de um período de 12 meses (Singer et al., 2017; Wing & Phelan, 2005). No entanto, alguns estudos que analisam a relação entre perda de peso e autoeficácia apenas se estendem entre 10 semanas a 6 meses (Fontaine & Cheskin, 1997; Linde et al., 2006; Webber et al., 2010). Em 2001, Wing e Hill descreveram que para o sucesso de uma perda de peso intencional é necessário que o indivíduo perca mais de 7% do seu peso inicial, num ano. Neste sentido, as escolhas alimentares de cada um são muito importantes neste processo.

No que diz respeito à prevalência, a obesidade tem vindo a aumentar cada vez mais nas últimas décadas (Christakis & Fowler, 2007) provocando à volta de 2,8 milhões de mortes por ano em todo o mundo (WHO, 2018), sendo uma realidade que, hoje em dia, origina mais mortes a nível mundial do que a própria subnutrição (Vieira, 2021). Neste sentido, como já foi referido anteriormente, atualmente, o excesso de peso é uma das maiores preocupações de saúde pública a nível mundial (Cobb et al., 2015), atingindo mais de 340 milhões de crianças e jovens adolescentes, com idades compreendidas entre os 5 e os 19 anos, e mais de 1,9 milhões de adultos, em todo o mundo (WHO, 2018), tendo vindo a aumentar, nas últimas décadas, cerca de 27,5% nos adultos e 47,1% nas crianças (Apovian, 2016). Na Europa, a situação também se tem vindo a agravar, sendo que mais de metade da população apresenta excesso de peso, e cerca de 30% destas pessoas tem obesidade (WHO, 2007), o que tem vindo a aumentar os custos de cuidados de saúde a nível mundial (Arem & Irwin, 2011).

Em Portugal, através de um estudo mais recente realizado em 2015, observou-se que cerca de 38,9% da população adulta, com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos de idade, tem excesso de peso e 28,7% apresenta obesidade (Gaio et al., 2018). Foi também verificado que a prevalência de excesso de peso é superior nos homens e, em contrapartida, a prevalência da obesidade é superior nas mulheres (Gaio et al., 2018), talvez porque as mulheres apresentam uma baixa perceção de ameaça relativamente à obesidade, o que pode vir a ser um obstáculo ao controlo desta epidemia. É cada vez mais necessário que se desenvolvam programas de educação e de promoção da saúde, de modo a dar as informações necessárias às pessoas, para que estas compreendam o risco associado ao excesso de peso e melhorem a sua motivação na mudança de comportamentos (Okop et al., 2016).

Outro aspeto interessante que também se verifica é que o aumento da taxa de obesidade ocorre tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, no entanto, os países desenvolvidos continuam à frente nos números (Apovian, 2016). Num estudo elaborado por Gaio e colaboradores (2018), foi também possível constatar que pessoas com menor nível de escolaridade são quem mais sofre de obesidade, parecendo o nível educacional um fator

socioeconómico com um peso relevante para a prevalência da obesidade. O que, segundo Apovian (2016), faz com que estas pessoas resultem num grande encargo a nível de custos de saúde para a sociedade, uma vez que com baixos níveis de escolaridade há uma grande probabilidade de terem um menor potencial de ganhos. Desta forma, a obesidade parece interferir com a escolaridade, com o nível educacional, com a capacidade de ganho e com as relações interpessoais do indivíduo (Apovian, 2016). Esta desigualdade parece também destacar-se quando se fala de género, mulheres que sofrem de obesidade são mais pobres e apresentam um rendimento inferior, quando comparado com o dos seus pares não obesos, enquanto nos homens este facto não se verifica de forma significativa (Chu et al., 2019).

A obesidade, como doença crónica, acarreta consigo uma infinidade de condições de saúde, que podem vir a comprometer a qualidade de vida e o normal funcionamento do indivíduo, como doenças cardiovasculares, diabetes, acidentes vasculares cerebrais, distúrbios reprodutivos (Chu et al., 2018), certos tipos de cancro, hipertensão, problemas com o sono, osteoartrite, colesterol elevado, entre outras (Caballero, 2007; Okop et al., 2016; Singer et al., 2017; WHO, 2014).

As doenças cardiovasculares são das doenças mais comuns em pessoas que sofrem de excesso de peso ou obesidade. A probabilidade de uma pessoa com obesidade vir a desenvolver um problema cardíaco é bastante superior à probabilidade de isso acontecer com uma pessoa que mantém o peso saudável (VanGaal et al., 2006). No entanto a investigação tem vindo a identificar outras comorbilidades associadas à obesidade como os acidentes vasculares cerebrais (AVC's) ou a hipertensão arterial. A hipertensão arterial é uma das principais preocupações nesta área, uma vez que a obesidade é um dos maiores preditores de hipertensão, mais ainda do que de outras doenças cardiovasculares, como o ataque cardíaco e os AVC's acima mencionados, afetando mais mulheres do que homens (Chu et al., 2018). Também se destaca como uma das principais consequências da obesidade, a diabetes tipo 2, mais propensa de se vir a desenvolver em doentes com excesso de peso do que em pessoas com peso normal (McCarthy, 2010) sendo que em termos de género, os homens têm mais probabilidade de vir a desenvolver diabetes do que as mulheres, apesar de ser uma doença que afeta todas as idades, incluindo crianças e adolescentes (McCarthy, 2010). No que toca ao cancro, também referido na literatura como uma das maiores inquietações existentes no domínio da saúde, podemos constatar que a obesidade contribui de forma significativa para o desenvolvimento e incidência do mesmo (Avgerinos et al., 2019). Ou seja, uma pessoa com excesso de peso ou obesidade tem mais risco de ter cancro do que uma pessoa com peso normal, sendo os mais comuns o cancro da mama na mulher (Singh et al., 2011) e o cancro da próstata nos homens

(Dimitropoulou et al., 2011). Finalmente, no que diz respeito às perturbações reprodutivas acredita-se que o excesso de peso e a obesidade têm influência na função sexual em ambos os sexos (Bajos et al, 2010; Esposito et al., 2007; Kang et al., 2016) alterando, conseqüentemente, a sua função reprodutiva. Em suma, é importante destacar que a prevalência destas doenças relacionadas com o excesso de peso e a obesidade varia de acordo com o sexo e a idade, e com a idade em que se começou a sofrer de obesidade.

No entanto, e apesar de a obesidade ser vista como uma doença física, promove também o desenvolvimento de perturbações emocionais e psicológicas que podem implicar (re)adaptações nos próprios pacientes, como também nos seus familiares e nos seus parceiros românticos (Badr & Acitelli, 2017). Para além disto, estas perturbações podem vir, conseqüentemente, a afetar o processo de recuperação da doença (Segal et al., 2002). Posto isto, tem-se vindo a observar que o insucesso de várias tentativas de perda de peso por parte destes doentes são consequência destes problemas psicológicos, que são, ainda hoje, bastante negligenciados, tanto por parte dos próprios indivíduos como de alguns profissionais de saúde (Brennan et al., 2018; Travado et al., 2004). Não só devido aos problemas físicos referidos, assim como também a problemas psicológicos e sociais, os indivíduos com excesso de peso e/ou obesidade evidenciam pior qualidade de vida, quando comparados com indivíduos com peso normal (Dailey et al., 2018).

Os aspetos a nível emocional e psicológico mais apontados pela literatura, com um impacto significativo na qualidade de vida do sujeito, passam por sintomas de depressão e ansiedade, insatisfação com a imagem corporal, sentimentos de culpa, insegurança, baixa autoeficácia, baixa autoestima, entre outros (Jumbe et al., 2017; Puhl & Heuer, 2010; Travado et al., 2004). A Organização Mundial de Saúde visa a obesidade como “*uma doença social e ambiental*” (WHO, 2019), uma vez que existe uma grande estigmatização e discriminação em relação aos indivíduos que sofrem de obesidade, que são consequência de depressão, problemas sexuais e conjugais e baixa autoestima, entre outros (Hofmann, 2016; Taskin et al., 2019).

A depressão e a imagem corporal têm um destaque significativo na literatura quando se fala de obesidade. A depressão, sendo uma das doenças psiquiátricas mais comuns, é uma perturbação de humor que pode manifestar-se como consequência de várias doenças, e, neste caso, tem uma correlação direta com a obesidade (Bag & Akbas, 2020). Normalmente, a depressão desenvolve-se pela forma como estes doentes se veem a si próprios ou se sentem tratados pela sociedade, muitas vezes estes sujeitos são considerados pelos seus pares como não aceites, pela sua estrutura física. Por norma, estes indivíduos tendem também a isolar-se (Chu et al., 2019), sendo a solidão, a discriminação e a estigmatização as principais fontes de

alimentação da depressão (Bag & Akbas, 2020; Jung et al., 2019). É sabido também que as mulheres são mais propícias de desenvolver esta perturbação do que os homens (Bag & Akbas, 2020; Chu et al., 2019).

Um dos aspetos mais referidos, pelos próprios indivíduos que sofrem de obesidade, é a aparência. Estes indivíduos tendem a ter uma imagem corporal negativa, relatando uma grande insatisfação com a sua aparência e apresentando um menor investimento na mesma, para além de níveis bastante elevados de angústia associados a isso (Annis et al., 2004; Chu et al., 2019; Latner & Wilson, 2011). Foi também estudado que este aspeto tem um impacto indubitável noutros domínios pessoais como a autoperceção, a própria identidade, o humor, etc... (Ogden & Clementi, 2010). A imagem corporal é também um fator de peso quando se fala de sexualidade na obesidade. Vários estudos defendem que indivíduos com obesidade evitam a vida sexual por se sentirem mal com o seu corpo, não o considerando suficientemente bonito ou atraente para o parceiro (Bag & Akbas, 2020). Indivíduos com obesidade têm uma qualidade de vida baixa (Bag & Akbas, 2020), uma vez que, para além das consequências físicas negativas, são indivíduos que tendem a sofrer de discriminação, tanto na escola, como no trabalho, entre os pares (Chu et al., 2019).

Tem-se vindo a constatar que muitas vezes essas escolhas são influenciadas pelo contexto social do indivíduo, ou seja, pelo seu/sua parceiro/a, pela sua família, pelos seus amigos ou colegas de trabalho, etc. (Apovian, 2016; Gorin et al., 2018). Quando uma pessoa começa a adotar comportamentos específicos prejudiciais à sua saúde, como por exemplo, escolher alimentos ricos em gordura, pouco saudáveis, fumar, não praticar exercício físico, entre outros, e começa a ganhar peso é bastante provável que influencie outras pessoas a comportarem-se da mesma forma e a ganhar peso também (Best et al., 2017; Christakis & Fowler, 2007; Cobb et al., 2015; The & Gordon-Larsen, 2009). Desta forma, Poston e Foreyt (1999) caracterizaram o “ambiente obesogénico”, de forma a designar a influencia que o ambiente pode ter sobre os hábitos de vida diária que levam ao aumento do consumo de calorias e à diminuição do gasto de energias nas atividades diárias, incluindo, assim, aspetos comportamentais, psicológicos, sociais, culturais, económicos, etc., que influenciam na escolha da alimentação e do estilo de vida em geral, que afetam o desenvolvimento e progressão da doença. As semelhanças conjugais são assim algo que se destaca, impulsionadas pela influência que um cônjuge tem sobre o outro, sendo que os cônjuges partilham em conjunto, através de escolhas prejudiciais à saúde, o risco de obesidade (Gorin et al., 2018).

Nesta perspetiva, podemos averiguar que pessoas com obesidade têm tendência para escolher pessoas com um peso semelhante ao seu (Cobb et al., 2015). Ademais, Christakis e

Fowler (2007) descobriram que uma pessoa que tenha um parceiro obeso tem cerca de 37% de probabilidade de se vir a tornar também obeso.

O que acontece é que, durante várias décadas, o estudo das estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo centraram-se principalmente no indivíduo, sem ter em consideração o ambiente e as relações sociais do mesmo (Bodenman, 2005). Neste sentido, tem vindo a ser estudado que as pessoas importantes e significativas na vida do indivíduo, incluindo amigos, família ou parceiros românticos podem influenciar os esforços do doente para a perda de peso (Kumanyika et al., 2009; Markey et al., 2017; Perry et al., 2016; Wing & Jeffery, 1999).

O apoio de outra pessoa pode ser fundamental para o processo de perda de peso – do parceiro, de amigos, de familiares ou até mesmo de colegas de trabalho – este apoio pode ter um papel muito importante no processo de alteração de comportamentos de risco para a saúde. Quando isto não acontece e ainda existe uma ridicularização social acerca da gestão do peso do paciente como, por exemplo, criticar os seus esforços, incentivar a alimentação menos saudável como *fast food*, etc., é associado ao ganho de peso (Perry et al., 2016; Wang et al., 2014).

Desta forma, embora ainda seja um tema pouco desenvolvido na área da investigação, alguns estudos têm vindo a ser desenvolvidos com o intuito de demonstrar como os parceiros ou cônjuges são muito importantes no processo de mudança de comportamentos de saúde. O comportamento de um dos cônjuges influencia o comportamento do outro (Falba & Sindelar, 2008), uma vez que está comprovado que os cônjuges tendem a partilhar resultados (McAdams-DeMarco et al., 2011) e comportamentos de saúde (Sutton, 1993), sobretudo quando vivem juntos/coabitam há algum tempo (The & Gordon-Larsen, 2009). Uma vez que vivem num ambiente obesogénico partilhado, têm uma grande probabilidade de apresentarem comportamentos de risco semelhantes como, por exemplo, excesso de comida, escolha de alimentos ricos em gordura e pobres em fibra, baixos níveis de atividade física, comportamentos sedentários, entre outros (The & Gordon-Larsen, 2009). Os parceiros têm uma posição única em ajudar os pacientes com a sua perda de peso, por partilharem rotinas e por terem um contacto diário com o indivíduo que, talvez, mais ninguém tenha (Dailey et al., 2018). As relações íntimas estão incessantemente relacionadas com melhores resultados de saúde (House et al., 1988), uma vez que quanto mais estreitas são as relações melhores são as respostas ao *stress*, maior é a prática de comportamentos saudáveis em conjunto e melhor é a saúde do casal em geral.

Um estudo feito por The e Gordon-Larsen (2009) concluiu que indivíduos que coabitam com os parceiros há mais de 1 ou 2 anos têm maior probabilidade de se tornarem obesos, comparativamente com casais que mantêm uma relação, mas ainda vivem separados. Os autores

referem que o ambiente doméstico compartilhado pode aumentar a probabilidade de se tornar obeso e influenciar a concordância do parceiro, e pode ser um aspeto importante para a intervenção na obesidade. Desta forma, o ajustamento diádico revela-se como uma forma promissora de ultrapassar este problema de saúde pública.

O excesso de peso causa muitas vezes angústia e dificuldade em expressar os seus sentimentos para com o outro, o que pode resultar em problemas conjugais. Casais que sofrem de obesidade, seja apenas um ou ambos, têm tendência a revelar problemas de ajustamento diádico com o parceiro, uma vez que este tipo de doença crónica influencia a relação conjugal (Bard & Acitelli, 2005). O ajustamento diádico, a satisfação diádica, a coesão entre o casal e a expressão afetiva e a comunicação são princípios essenciais para descrever a qualidade de qualquer relacionamento (Bag & Akbas, 2020). Como a obesidade causa problemas conjugais, os problemas conjugais podem aumentar o risco de obesidade e criar um círculo inevitável (Kiecolt-Glaser et al., 2015). Desta forma, é fundamental que seja feita uma avaliação centrada numa abordagem multidisciplinar, tanto para o paciente como para o seu parceiro, de modo a que estes sejam analisados em todos os aspetos da sua vida, incluindo questões físicas, psicológicas e sociais, promovendo assim o sucesso do tratamento da doença, uma vez que a obesidade afeta vários domínios da vida do sujeito e daqueles que o rodeiam, incluindo a qualidade de vida (Bag & Akbas, 2020).

Bandura (1977) acreditava que uma das chaves para o sucesso da perda de peso seria a autoeficácia. A teoria da autoeficácia postula que “*a expectativa de um indivíduo da sua própria capacidade de ser eficaz afetará o esforço despendido e o resultado final*” (Bandura, 1977). A autoeficácia é, então, a crença e confiança na capacidade de alguém realizar as etapas em direção a uma meta e implementar as mudanças necessárias para atingir esse fim (Bandura, 1977; Elfhag & Rössner, 2005). As expectativas de resultados e a autoeficácia colaboram mutuamente para a formação de intenção, que mais tarde é transformada numa ação (Godinho et al., 2013).

Alguns investigadores veem a autoeficácia como um dos principais pontos chave para a gestão do peso, uma vez que a autoeficácia demonstra relacionar-se visceralmente com o aumento de mudança de comportamentos em relação à saúde (Linde et al., 2006). O Modelo de Crença em Saúde reconhece que, para os indivíduos alterarem o seu comportamento, precisam de experienciar uma ameaça à saúde (Rosenstock, 1974). Pessoas com obesidade necessitam de perceber a gravidade da situação para estarem cientes dos riscos que esta doença pode acarretar para a saúde. Desta forma, estes indivíduos devem sentir que podem controlar o seu peso, acreditando que comportamentos mais específicos conduzirão a um determinado

resultado de saúde, e que serão capazes de pôr esse comportamento em prático, assim como mantê-lo (Bandura, 1977). A autoeficácia está consideravelmente relacionada com a percepção de controle que a pessoa tem sobre a sua doença (Schuz et al., 2012).

Os comportamentos prejudiciais à saúde, tais como maus hábitos alimentares, a falta de atividade física, consumir substâncias psicoativas, fumar, entre outros, provocam muitas vezes más condições de saúde, provocando doenças. No entanto, apesar de serem muito difíceis de alterar, podem ser eliminados e substituídos por comportamentos benéficos para a saúde, como o controle de peso, exercício físico, nutrição preventiva, etc. Neste sentido, em 2008, Schwarzer desenvolveu o modelo *Health Action Process Approach* (HAPA), especificamente para se concentrar na mudança de comportamento em saúde, entendendo que a mudança de comportamentos de saúde compreende uma série de fatores cognitivos, emocionais e sociais. Desta forma, este modelo sugere que existe uma distinção entre processos de motivação (pré-intencional), que levam a uma intenção de alterar um determinado comportamento, e processos de volição (pós-intencional) que levam à mudança de um comportamento de risco para um comportamento de saúde em si (Schwarzer & Luszczynska, 2015).

Na primeira fase, de motivação, o indivíduo desenvolve a sua intenção de agir. A percepção de risco (e.g., “Estou em risco de desenvolver diabetes”) não é suficiente para que o sujeito desenvolva uma intenção de agir, em vez disso, esta fase prepara o indivíduo para a elaboração de pensamentos sobre consequências e prós e contras de determinados comportamentos de saúde (e.g., “Talvez se melhorar a minha alimentação e praticar mais exercício físico reduzirei o risco para a diabetes”). Deste modo, o conceito de autoeficácia é bastante importante neste processo, pois é a percepção de autoeficácia do indivíduo, como já foi explicado acima, que o permite acreditar na sua capacidade para alterar comportamentos de saúde (e.g., “Eu sou capaz de cumprir o plano diário de exercício físico e repensar melhor a minha alimentação”) (Schwarzer, 2008; Schwarzer & Luszczynska, 2015). A autoeficácia é extremamente importante e necessária para formar estas intenções de agir, em todas as fases de mudança de comportamentos prejudiciais à saúde para comportamentos benéficos (Bandura, 1977). Depois de formulada a intenção de agir para um determinado comportamento, é necessário que esta seja transformada numa encadeação de passos ou metas sobre como realizar a ação deste comportamento. Uma vez iniciada, a ação tem de ser mantida, envolvendo competências e estratégias de autorregulação. Assim, a fase seguinte, a fase de volição compreende a autoeficácia e o planeamento (Schwarzer, 2008; Schwarzer & Luszczynska, 2015).

A autoeficácia pode constituir uma construção diferente consoante a circunstância em particular e o indivíduo e dependendo em que fase de mudança de comportamento este se encontra. Marlatt et al. (1995) distinguiram várias crenças de autoeficácia – autoeficácia de ação, autoeficácia de manutenção e autoeficácia de recuperação – com o objetivo de facilitar a distinção entre cada fase do processo de mudança de comportamento, que requer que diferentes tarefas sejam dominadas. Segundo os autores, as diferentes crenças de autoeficácia são necessárias para que estas tarefas sejam completadas com sucesso. Por exemplo, uma pessoa pode estar confiante na sua capacidade de ser fisicamente ativa (autoeficácia de ação elevada), mas pode não estar muito confiante em retomar a atividade física após um revés (autoeficácia de recuperação reduzida) (Schwarzer, 2008; Schwarzer & Luszczynska, 2015).

No modelo HAPA distinguem-se então estes três tipos de autoeficácia: a autoeficácia de ação, a autoeficácia de manutenção e a autoeficácia de recuperação. A autoeficácia de ação, ou também conhecida como autoeficácia de pré-ação, uma vez que concerne à primeira fase do processo de mudança de comportamento na qual o sujeito ainda não implementa nenhum comportamento, mas desenvolve uma intenção/motivação para o fazer. A autoeficácia de ação trata-se de uma crença otimista e muito importante durante a fase inicial, que influenciará o desenrolar do processo de mudança. Indivíduos com uma autoeficácia de ação elevada visualizam o sucesso, conseguem imaginar resultados positivos através de diferentes métodos e são mais predispostos a iniciar um novo comportamento, em contrapartida com indivíduos que possuem uma autoeficácia de ação mais baixa, que visualizam o fracasso, duvidam de si próprios e das suas capacidades e tendem a procrastinar (Schwarzer & Luszczynska, 2015).

Em relação à autoeficácia de manutenção, esta relaciona-se com a crença positiva em lidar com potenciais obstáculos que possam surgir durante o período de manutenção. Uma pessoa autoeficiente responde de forma confiante e persistente, manipulando as melhores estratégias para ultrapassar eventuais barreiras que possam surgir no desempenho de um novo comportamento de saúde, que se pode revelar muito mais complicado de executar do que o esperado. Assim, uma vez tomada a ação, os sujeitos com uma autoeficácia de manutenção mais elevada investem um maior esforço e persistem durante mais tempo, em comparação com indivíduos menos autoeficientes (Schwarzer & Luszczynska, 2015).

Por fim, a autoeficácia de recuperação, tem a ver, como o nome indica, com a recuperação de contratempos. Se ocorrer algum obstáculo, durante o processo de mudança de comportamento, os indivíduos podem cair no “efeito de violação da abstinência”, isto é, atribuem a sua falha a causas internas e interpretam-no como uma recaída completa (Marlatt et al., 1995). Por outro lado, indivíduos suficientemente autodesenvolvidos, conseguem evitar este

efeito, atribuindo o que aconteceu a uma causa externa, tentando procurar outras formas de contornar a situação. A autoeficácia de recuperação tem, assim, a ver com a convicção de continuar num bom caminho, mesmo depois de terem surgido alguns contratemplos, com a confiança que a pessoa tem na sua competência para recuperar o controlo após um revés e para reduzir os danos causados (Marlatt et al., 1995).

É importante salientar que, embora exista uma diferença funcional entre as mesmas, podem ser abrigadas no mesmo ponto de tempo. Por exemplo, a autoeficácia de recuperação é mais útil quando se trata de prosseguir com uma ação que foi interrompida, enquanto, que a autoeficácia de ação é mais vantajosa quando se procura um novo desafio (Luszczynska et al., 2007; Schwarzer, 2008).

A distinção entre estas três crenças de autoeficácia tem-se revelado bastante útil em diferentes domínios de mudança de comportamento (Marlatt et al., 1995). Nos últimos anos, são vários os autores e investigadores que utilizam, explícita ou implicitamente, o modelo HAPA, num conjunto amplo de populações, para explicar e prever comportamentos relacionados com a saúde (Schwarzer & Luszczynska, 2015).

A mudança de comportamento em si, num tema desta dimensão como a obesidade, é crucial para qualquer pessoa que sofra desta doença. Quando se abordam mudanças de comportamento alimentares, fala-se de uma questão que requer um grande esforço por parte do doente, e que reivindica não só conhecimentos a nível da alimentação, como também conhecimentos básicos a nível nutricional (Renner & Schwarzer, 2005), bem como motivacionais e volitivos (Godinho et al., 2013), que orientam os esforços de autorregulação. As teorias de comportamento de saúde postulam que a alteração de comportamentos prejudiciais à saúde por outros mais saudáveis são dirigidos pela intenção do próprio e pelas suas crenças de saúde, relacionadas com a expectativa de resultados, autoeficácia, perceção de risco da gravidade da doença, etc. (Renner & Schwarzer, 2005). Alterar comportamentos complexos, como comer diariamente mais fruta e verduras, quando não é essa a alimentação que o indivíduo costuma ter, pode ser algo que requer mais do que simplesmente formular uma intenção para o fazer, e a sua implementação pode não ser assim tão fácil de pôr em prática, daí que este processo exija um esforço considerável de autorregulação (Godinho et al., 2013). O primeiro passo para uma pessoa alterar o seu comportamento requer uma tomada de consciência do risco que esta doença acarreta. Deve começar-se por uma escolha seletiva com base nas preferências do paciente, de forma a conseguir prevenir o ganho de peso e ir introduzindo aos poucos uma dieta mais saudável (Moyer, 2012) com alimentos menos gordurosos e mais ricos em fibras e proteínas (Renner & Schwarzer, 2005).

O que acontece é que os indivíduos podem ter conhecimentos e crenças erradas sobre aquilo que é saudável e aquilo que põe em risco a sua saúde. É necessário que as pessoas tenham conhecimento suficiente que os permita, de forma consciente, alterar e regular os seus comportamentos (Renner & Schwarzer, 2005). Para além de que pode ser uma abordagem bastante promissora tentar que o casal altere os comportamentos, ou seja, em conjunto o casal talvez tenha mais probabilidade de conseguir alterar os seus comportamentos. Por exemplo, iniciar uma dieta mais saudável ou começar a praticar exercício físico com regularidade, de forma a chegarem em conjunto a um objetivo comum, que é a perda de peso (Best et al., 2017; Cobb et al., 2015). As expectativas de resultados são muito importantes na tomada de decisão da mudança de um comportamento (Renner & Schwarzer, 2005), ou seja, é essencial que o indivíduo ponha em cima da mesa as suas expectativas, sejam elas positivas ou negativas. Uma pessoa sedentária que pratique pouco exercício físico pode encontrar boas razões para o começar a fazer (e.g., “Se eu fizer mais exercício físico talvez consiga perder uns quilos”) ou continuar a arranjar desculpas para fazer o mesmo (e.g., “Eu não gosto de fazer exercício físico, gosto mais de estar descansado no sofá”), e é este balanço entre prós e contras que fazem com que o paciente consiga chegar a uma tomada de decisão racional. As expectativas de resultados podem ter, assim, um papel importante e influente na motivação para a mudança de comportamento (Renner & Schwarzer, 2005).

Os casais que veem a doença como uma responsabilidade partilhada tendem a obter geralmente melhores resultados de saúde, ao invés de casais que veem a obesidade como uma responsabilidade individual (Wooldridge & Ranby, 2019). Os parceiros têm um papel único em encorajar os seus cônjuges a melhorar os seus comportamentos de saúde, ajudando os parceiros a desenvolver a motivação necessária para que se inicie o processo. Os casais que coabitem têm um papel fundamental e são muito importantes, uma vez que as decisões alimentares e de prática de exercício físico são muitas vezes tomadas em casa, em conjunto (Sturm, 2004) pelo que faz todo o sentido que se comece a pensar na mudança de comportamento em casal. Cobb e colaboradores (2015) realizaram um estudo em que averiguaram que à medida que o IMC dos parceiros aumentava, o IMC do próprio também aumentava. Deste modo, fazer com que os casais adotem comportamentos saudáveis juntos (como iniciar uma dieta saudável, aumentar a prática de atividade física) pode ser uma abordagem promissora. Tornando-se cada vez mais pertinente direcionar a prevenção e a intervenção para a obesidade no casal e não apenas para o indivíduo.

Em 2006, Lewis et al. propuseram o *Modelo da Interdependência do Coping Diádico e da Mudança de Comportamento* para nos permitir compreender melhor como a interação

diádica pode facilitar a mudança de comportamentos de saúde. Por outras palavras, a forma como a dinâmica de um casal cooperando em conjunto, na procura de um objetivo comum, pode influenciar a adoção de comportamentos que promovam a saúde ao invés de comportamentos que a possam comprometer. Este modelo sugere que a motivação para a mudança de comportamento está estritamente relacionada com a importância que cada membro do casal dá ao seu parceiro e à sua relação. House et al. (1988) afirmaram que o casamento e as relações íntimas/românticas estão frequentemente relacionados com melhores resultados de saúde, através da prática de comportamentos saudáveis, e com melhores respostas ao *stress* (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). São vários os estudos que correlacionam então as relações românticas a melhores condições de saúde e a menores riscos de mortalidade (Johnson et al., 2000). No entanto, nem todas as relações e nem todos os casamentos são benéficos para a saúde e o bem-estar do indivíduo. Muitas vezes, comportamentos errados, que têm consequências negativas para a saúde, por parte de um dos cônjuges (e.g., fumar, beber, praticar pouco exercício físico, ter uma alimentação pouco saudável, etc.) influencia o outro cônjuge a comportar-se da mesma forma, adquirindo também esses comportamentos de risco prejudiciais à sua saúde (Lewis et al., 2006). Desta forma, segundo os autores, é importante ter em conta o processo de *coping* diádico entre o casal para a obtenção de resultados positivos na mudança de comportamentos de saúde. Devem ser considerados três aspetos – a eficácia do casal, a utilização de estratégias de *coping* diádico e a eficácia dos resultados (Lewis et al., 2006). A eficácia do casal diz respeito à confiança que existe entre os dois membros do casal para que juntos se possam envolver neste processo de mudança de comportamento, tomando decisões e fazendo um planeamento em conjunto, para que ambos se consigam envolver na modificação do comportamento da melhor forma (Lewis et al., 2006). Por outras palavras, quando o casal atribui emocional e cognitivamente a ameaça à saúde como significativa para o seu parceiro ou para a sua relação, a sua motivação aumenta em prol de minimizar o risco para ambos, desta forma, a probabilidade de se unirem é aumentada. Este é um modelo inovador que sugere uma nova abordagem para a compreensão dos mecanismos através dos quais as relações próximas poderiam conduzir a uma melhor saúde, através da mudança do comportamento de saúde. Este modelo surgiu da importância, cada vez mais, atribuída às relações íntimas e ao casamento na literatura sobre saúde e da necessidade de modelos diádicos que se foquem na mudança de comportamento. A necessidade de existir um modelo que possa contribuir para a compreensão de como as relações íntimas podem promover uma melhor saúde, através da modificação de hábitos prejudiciais à saúde, assim como, também, servir de guia para intervenções que

procurem incluir outras pessoas próximas no processo de alterar estes hábitos de risco por outros mais benéficos para a saúde (Lewis et al., 2006).

Em suma, a motivação e a autoeficácia de um indivíduo aumenta quando este acredita que com o apoio do seu parceiro vai conseguir alterar o seu comportamento, pondo em prática comportamentos mais saudáveis (Dailey et al., 2018). Em, 2006, Linde e colaboradores, fizeram esta associação e relacionaram a autoeficácia com o aumento dos comportamentos de perda de peso. Assim, a mudança de comportamento na obesidade deve ser vista como um esforço de equipa e não como uma batalha a vencer sozinho.

## Apêndice B – Consentimento Informado

### COuples' OBesity – Projeto de Obesidade em Casais

Este estudo está a ser desenvolvido pelo William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário (Lisboa, Portugal), no âmbito de um projeto de investigação financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (referência: 2020.05357.BD), sob responsabilidade da Doutoranda Inês Queiroz Garcia, com a orientação da Prof. Doutora Filipa Pimenta (WJCR, ISPA) e coorientação do Prof. Doutor João Marôco (WJCR, ISPA) e da Prof. Doutora Amy Gorin (Universidade de Connecticut). Qualquer pedido de informação acerca deste estudo pode ser feito junto da equipa de investigação, através do email [coob@ispa.pt](mailto:coob@ispa.pt). A crescente prevalência das taxas de obesidade/excesso de peso representam um verdadeiro desafio à saúde pública e a investigação tem demonstrado que as evidências de eficácia das intervenções de casais no campo da obesidade apoiam a necessidade de ir mais além na abordagem utilizada. A exploração de uma nova unidade – casal, em detrimento de apenas o indivíduo – tornam as abordagens eHealth promissoras na área da investigação em saúde. Isto permitirá avaliar quais são as intervenções eficazes para a perda de peso e de abordagens entregues via internet centradas no casal. Este estudo dirige-se a casais **Portugueses**.

Convidámo-lo/a (a si e ao seu parceiro(a)/cônjuge) a participar através do preenchimento de um questionário que demorará entre 20 a 30 minutos. O preenchimento do questionário pressupõe que:

1. Esteja numa relação de compromisso (cônjuge, namorado/a ou companheiro/a),
2. Que coabite com o respetivo/a há pelo menos 12 meses,
3. Que pelo menos um dos membros do casal tenha obesidade (IMC  $\geq$  30kg/m<sup>2</sup>)

Cada membro do casal deve preencher o questionário de forma individual. Como o presente estudo inclui apenas casais, após o seu preenchimento individual do questionário, iremos pedir-lhe (no mesmo formulário) o email do seu parceiro(a)/cônjuge, para que possamos também enviar-lhe o questionário. Se preferir, pode partilhar o link com o seu parceiro(a)/cônjuge e este apenas terá de mencionar o mesmo código alfanumérico para que seja possível associar ambos os questionários.

**A participação de ambos os membros do casal é de extrema importância.**

A participação é completamente voluntária e pode desistir a qualquer momento, se assim desejar. Todas as informações recolhidas são anónimas e confidenciais, e acessíveis apenas aos investigadores do estudo.

Para mais informações/dúvidas, poderá entrar em contacto com a investigadora responsável por email (Inês Queiroz Garcia, [igarcia@ispa.pt](mailto:igarcia@ispa.pt)).

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

**Declaro que tomei conhecimento de que a minha participação é de carácter voluntário e confidencial, sendo garantida a total confidencialidade dos dados. Compreendo que posso desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízo para mim. E que, após a minha participação, posso ter acesso aos resultados da investigação mediante pedido por email.**

- Aceito participar neste estudo
- Não aceito participar neste estudo

**A fim de manter o seu anonimato e conseguirmos emparelhá-lo ao seu parceiro(a)/cônjuge, por favor, insira um código alfanumérico. O código deve ser constituído pelas iniciais do seu primeiro e último nome, e do primeiro e último nome do seu parceiro(a)/cônjuge bem como de um código comum criado pelo dois.**

Exemplo 1: Chamo-me Pedro Martins e o meu parceiro(a)/cônjuge Isabel Lemos, e a nossa data de casamento/namoro é Janeiro de 1984, o meu código alfanumérico é PMIL-011984. Já o meu parceiro(a)/cônjuge deve depois indicar o seguinte código, trocando apenas as nossas iniciais: ILPM-011984.

Exemplo 2: Chamo-me Carlos Alberto Sousa e o meu parceiro(a)/cônjuge Isabel Cristina Castro, e a nossa data de casamento/namoro é Abril de 1976, o meu código alfanumérico é CSIC-041976. Já o meu parceiro(a)/cônjuge deve depois indicar o seguinte código, trocando apenas as nossas iniciais: ICCS-041976.

## Apêndice C – Questionário sociodemográfico, estilo de vida e de saúde

### Questionário sociodemográfico, estilo de vida e de saúde

Qual é a sua idade?

---

Qual é o seu sexo?

Homem

Mulher

Em que distrito vive?

▼ Distrito de Aveiro ... Vivo fora de Portugal

Qual é a sua nacionalidade?

Portuguesa

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Encontra-se atualmente numa relação de compromisso?

Tenho uma relação e vivo com o meu parceiro(a)/cônjuge

Tenho uma relação, mas não vivo com o meu parceiro(a)/cônjuge

Não tenho uma relação

Há quanto tempo vive com o seu parceiro(a)/cônjuge?

▼ Menos que 1 ano ... Mais que 50 anos

Durante os 7 dias da semana, quantos dias é que coabitam?

▼ 1 dia ... Todos os dias

O seu parceiro(a)/cônjuge tem:

▼ Peso abaixo do normal ... Obesidade

Quantos filhos biológicos/adotivos/enteados tem?

▼ 0 ... Mais de 5

Algum dos seus filhos biológicos/adotivos/enteados tem excesso de peso?

▼ Não tenho filhos/enteados ao meu cuidado ... Sim, pelo menos um dos meus filhos/enteados tem obesidade

Qual é a sua situação profissional, atualmente?

▼ Empregado/a a tempo inteiro ... Outra

Se respondeu "Outra", a que se refere?

---

Qual foi o último grau de ensino que completou?

▼ Até ao 4.º ano (1.º Ciclo) ... Doutoramento

Qual é o rendimento anual bruto do seu agregado familiar?

▼ Até 10.000€ ... Superior a 70.000€

Possui alguma das seguintes doenças?

			Se respondeu "Sim", por favor, indique há quanto tempo (em meses). Se respondeu "Não" assinale "0"
	Sim	Não	
Obesidade			
Diabetes			
Hipertensão			
Doença cardiovascular			
Doença oncológica			
Doença autoimune (ex., artrite reumatoide, tireoidite de Hashimoto, diabetes mellitus tipo 1, esclerose múltipla, doença celíaca)			
Doenças endócrinas (ex., hipotireoidismo, síndrome dos ovários policísticos, hipogonadismo masculino)			

Possui outra(s) doença(s) que não foram mencionadas anteriormente?

Não

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Tem atualmente algum problema psicológico?

Não

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Já utilizou ou está a utilizar atualmente alguma estratégia para perder peso?

▼ Não, nunca utilizei ... Sim, utilizei no passado e estou a utilizar no presente

Fez uma perda de peso bem-sucedida nos últimos 5 anos?

Sim

Não

Qual o seu peso atual (kg)?

\_\_\_\_\_

Qual a sua altura (cm)?

\_\_\_\_\_

Desde quando é que começou a ter obesidade?

▼ Não tenho excesso de peso, o meu parceiro é que tem ... Outro

Se respondeu "Outro", a que se refere? Por favor, explique.

\_\_\_\_\_

Tem antecedentes familiares (ex., pais, avós) de obesidade?

Não

Sim. Quem? \_\_\_\_\_

Pratica algum tipo de atividade física (ex., ir ao ginásio, caminhadas, etc.)?

Não

Sim

Se sim, quantas vezes por semana?

▼ Uma vez por semana ... Todos os dias

Se sim, durante quanto tempo em cada treino?

▼ Menos de 15 minutos ... Mais de 2 horas

Normalmente, quantas horas dorme por noite?

▼ Menos de 4 horas ... Mais de 9 horas

Fuma atualmente?

▼ Não, nunca fumei ... Sim, fumo atualmente

Consome bebidas alcoólicas?

▼ Não consumo ... Consumo diariamente mais do que 1 copo por dia

Costuma consumir café?

▼ Não ... Mais de 5 cafés por dia

Costuma fazer as refeições ou snacks enquanto está no computador, telemóvel ou tablet?

Não

Sim

Com que frequência semanal consome alimentos/refeições altamente calóricos (ex., fast food; refeições pré-feitas/fritas e congeladas; sobremesas; salgados)?

▼ Nunca ... Todos os dias

Nos dias úteis da semana (de segunda a sexta), durante quantas horas por dia é que tem um comportamento sedentário (ex., sentado/a ao computador a trabalhar ou por motivos lúdicos - a ver televisão, navegar nas redes sociais, etc.)?

▼ 1 hora ... Mais do que 18 horas