

1120

S

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DM.
REBE/A1

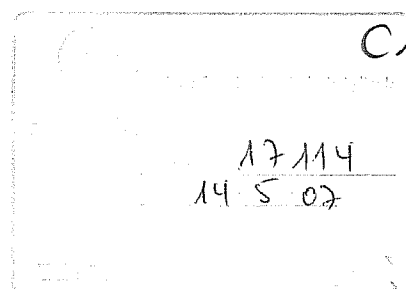
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Obesidade Mórbida: Factores de Personalidade,
Comportamento Alimentar e Imagem Corporal**

Ana Maria Martins Rebelo



Lisboa, 2006



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde, em conformidade com o disposto na Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro, e em cumprimento da alínea “b” do n.º 2 do artigo 5º do Decreto-Lei n.º 216/92 de 13 de Outubro

É necessário tomar

*“Consciência do corpo, dos seus limites, daquilo que ele é, daquilo
que é a comida e daquilo que são os outros”*

(Carmo, 2003, pp 64)

AGRADECIMENTOS

A realização desta Investigação não teria sido possível sem o apoio de várias pessoas que merecem o mais profundo agradecimento. Salientamos a Professora Doutora Isabel Leal, pela disponibilidade, orientação, capacidade crítica e incentivo conferidos ao longo deste último ano; o Professor Doutor João Maroco pela enorme capacidade de escuta e disponibilidade demonstradas, sendo que sem este apoio poderíamos dizer que a análise estatística teria ficado comprometida; ao Dr. Jorge Limão da Silva e à Dr.^a Maria Melícias pela enorme facilitação e ajuda na recolha dos dados; ao Dr. Victor Viana pelo empréstimo de material, e, por fim mas não em último lugar, um Muito Obrigada a todos que aceitaram participar nesta Investigação.

RESUMO

Com esta Investigação pretendeu-se estudar a relação entre Factores de Personalidade, Comportamento Alimentar e Imagem Corporal nos sujeitos diagnosticados com Obesidade Mórbida candidatos a Cirurgia Bariátrica.

A população estudada são sujeitos que possuam como diagnóstico médico Obesidade Mórbida, candidatos a cirurgia bariátrica, ou que a tenham efectuado num passado próximo sendo a amostra composta por um grupo clínico de 56 sujeitos.

Utilizou-se um modelo de amostragem não-casual com um método de amostragem por conveniência com um desenho descritivo-transversal e, um método exploratório.

Os Instrumentos utilizados nesta Investigação foram: Questionário de Caracterização da Amostra, o Inventário de Personalidade NEO-PI-R na Forma S, o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ), e, o Teste Projectivo do Desenho da Figura Humana.

A análise estatística efectuada foi realizada com recurso ao software SPSS (V.14, SPPS Inc., Chicago, IL) tendo-se recorrido à Estatística Descritiva, ao “alpha de cronbach”, à correlação de Pearson; ao Teste t-student para uma amostra, à Análise de Variância Multivariada (MANOVA) e, à Análise de Correlação Canónica.

No Inventário de Personalidade NEO-PI-R obteve-se um bom índice de fiabilidade (alpha de cronbach de .852) enquanto que no DEBQ se obteve um índice excelente (.934). Constata-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a dimensão Ingestão_Emocional e a dimensão Ingestão_Externa ($\alpha < .01$). No NEO-PI-R e com base no Teste t-Student, a média da amostra revela que, quando comparada com a média populacional, existe uma diferença muito significativa no domínio N ($p = .000$) e no domínio C ($p = .010$), nas facetas N1-Ansiedade ($p = .000$), N5-Impulsividade ($p = .000$), A3-Altruísmo ($p = .000$), e, C6-deliberação ($p = .010$). Existe uma diferença significativa no domínio O ($p = .017$), e nas facetas E3-Assertividade ($p = .035$), O1-Fantasia ($p = .003$), O6-Valores ($p = .000$), O3-Sentimentos ($p = .013$), C1-Competência ($p = .011$) e C2-Ordem ($p = .017$). No DEBQ obteve-se uma diferença muito significativa na dimensão Ingestão_Emocional ($p = .000$) e na dimensão Restrição_Alimentar ($p = .000$), com uma diferença significativa na Ingestão_Externa ($p = .028$).

Com base na análise de correlação canónica a variável mais importante na dimensão 1 é a faceta C5-Auto-disciplina enquanto que na dimensão 2 é a Restrição_Alimentar. Na dimensão 1 a Ingestão_Emocional e a Ingestão_Externa estão próximas sendo opostas à Restrição_Alimentar, sendo que a Ingestão_Emocional se encontra no extremo oposto de C4-Realização. Na dimensão 2 a Restrição_Alimentar está no extremo oposto de A4-Complacência. No Set 1 a Restrição_Alimentar apresenta uma discriminação maior na dimensão 2, enquanto que a Ingestão_Externa apresenta uma discriminação maior na dimensão 1. No Set 2 a faceta N3-Depressão apresenta uma discriminação maior na dimensão 2 enquanto que N5-Impulsividade apresenta uma discriminação maior na dimensão 1.

No Teste Projectivo do Desenho da Figura Humana os sujeitos desenharam no geral uma figura humana grande estereotipada e completa em posição vertical frontal, simétrica e sem movimento, representando na maioria das vezes um corpo parcial.

O estudo dos Factores da personalidade, do Comportamento alimentar e da Imagem Corporal nos sujeitos obesos mórbidos, confere-nos informação adicional de modo a oferecer a possibilidade de planear um tratamento mais adequado para cada sujeito.

ABSTRACT

With this investigation we intended to study the relationship between Personality factors, Eating Behaviour and Body Image, in the subjects diagnosed with Morbid Obesity and candidates to Bariatric Surgery.

The studied population are subjects with the medical diagnosis of Morbid Obesity, candidates to Bariatric Surgery, or that have made it in a near past. The sample is composed by a clinical group of 56 patients.

It was used a descriptive-transversal and exploratory design, with a non-casual sampling model and a convenient sampling method.

The instruments used along this investigation were: Sample Characterization Questionnaire, The Personality Inventory NEO Revised, the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) and the Test of the Human Figure.

The statistical analysis was made with the resource of SPSS (V.14, SPPS Inc., Chicago, IL) especially Descriptive Statistic, "alpha de cronbach", Pearson correlation, One-Sample T-Test, MANOVA and Canonical Correlation Analysis.

In NEO-PI-R we have obtained good reliability (.852) and in DEBQ excellent reliability (.934). There is a statistical significant correlation between *Ingestão Emocional* and *Ingestão Externa* ($\alpha < .01$). In NEO-PI-R, and with the resource of the One-Sample T-Test, the mean of the sample reveals that there is a very significant difference in the domain N ($p = .000$) and in the domain C ($p = .010$), in the facets N1-Ansiedade ($p = .000$), N5-Impulsividade ($p = .000$), A3-Altruísmo ($p = .000$), and, C6-deliberação ($p = .010$). There is a significant difference in the domain O ($p = .017$), and in the facets E3-Assertividade ($p = .035$), O1-Fantasia ($p = .003$), O6-Valores ($p = .000$), O3-Sentimentos ($p = .013$), C1-Competência ($p = .011$) and C2-Ordem ($p = .017$). In DEBQ we have obtained a very significant difference in the dimension *Ingestão Emocional* ($p = .000$) and in the dimension *Restrição Alimentar* ($p = .000$), with a significant difference in *Ingestão Externa* ($p = .028$).

Base in the Canonical Correlation Analysis the most important variable in the dimension 1 is the facet C5-Auto-disciplina, otherwise in dimension 2 is the *Restrição Alimentar*. In dimension 1 the *Ingestão Emocional* and the *Ingestão Externa* are closed and in opposite to *Restrição Alimentar*; the variable *Ingestão Emocional* is in the opposite site of the variable C4-Realização. In

dimension 2 the Restrição_Alimentar is in the opposite site of the variable A4-Complacência. In Set 1 the Restrição_Alimentar shows more discrimination in dimension 2, and, the variable Ingestão_Externa shows more discrimination in dimension 1. In Set 2 the facet N3-Depressão shows more discrimination in dimension 2, and N5-Impulsividade in dimension 1.

In the Test of the Human Figure, the subjects generally designed a big stereotyped figure, in a frontal vertical position, symmetrical and without movement, representing in most of the cases a partial body.

The study of the Personality Factors, Eating Behaviour and Body Image in the morbid obesity subjects, give us additional information in way to provide the possibility of planning a more accurate treatment for each subject.

ÍNDICE

Introdução	1
Obesidade Mórbida	3
Definição de Obesidade	4
Causas da Obesidade	6
Tratamento da Obesidade	10
Tratamento Comportamental	12
Tratamento Cirúrgico	15
Personalidade	20
Definição de personalidade	20
Teoria dos Traços	21
Modelo dos Cinco Factores	23
Avaliação Psicológica da Personalidade	25
Comportamento Alimentar e Obesidade	28
Teoria Psicossomática e Obesidade	29
Teoria da Externalidade e Obesidade	33
Teoria da Restrição e Obesidade	33
Instrumentos Psicométricos na área do Comportamento Alimentar	38
Obesidade, Personalidade, Psicopatologia e Cirurgia Bariátrica	40
Imagem Corporal e Obesidade	53
Instrumentos Psicológicos na área da Imagem Corporal	60
Método	61
Participantes	61
Instrumentos	62
Questionário de Caracterização da Amostra	63
Inventário de Personalidade NEO-PI-R	64
Perspectiva Histórica	64
O NEO-PI-R	65
Desenvolvimento e Validação do NEO-PI-R	68
Validade	68
Fidelidade	69
Avaliação crítica do NEO-PI-R	69
Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ)	70
Perspectiva Histórica	71
Fundamentação Teórica do DEBQ	72
Validação para Portugal	73
Interpretação das Escalas	73
Limitações do DEBQ	74
Teste Projectivo da Figura Humana	74
Procedimento	77
Resultados	81

Caracterização dos Participantes	81
Caracterização dos Instrumentos Psicométricos	88
Fiabilidade dos Instrumentos	88
Estatística Descritiva dos Instrumentos Psicológicos	88
Índices de Correlação nas Escalas	89
Análise de Variância Multivariada (MANOVA)	89
Sexo e Dimensões do DEBQ	91
Estado Civil e Dimensões do DEBQ	91
Escolaridade/Habilitações Literárias e dimensões do D.E.B.Q.	92
Início Aumento de Peso e D.E.B.Q.	92
Atribuição Causal do Peso e D.E.B.Q.	92
História Familiar e D.E.B.Q.	93
Técnicos de Saúde e D.E.B.Q.	94
Tentativas de Perda de Peso e D.E.B.Q.	94
Benefício Perda de Peso e D.E.B.Q.	95
Tipo de Cirurgia Bariátrica e D.E.B.Q.	95
Sexo e Domínios do NEO-PI-R	96
Sexo e Facetas N e O do NEO-PI-R	96
Sexo e Faceta E do NEO-PI-R	97
Estado Civil e Domínios do NEO-PI-R	97
Escolaridade/Habilitações Literárias e Domínios do NEO-PI-R	98
Início Aumento de Peso e Domínios do NEO-PI-R	98
Atribuição Causal Aumento de Peso e NEO-PI-R	99
História Familiar e Domínios do NEO-PI-R	99
Técnicos de Saúde e Domínios do NEO-PI-R	99
Tentativas de Perda de Peso e NEO-PI-R	100
Benefícios e Domínios do NEO-PI-R	100
Benefícios e Facetas O do NEO-PI-R	101
Tipo de Cirurgia Bariátrica e Domínios do NEO-PI-R	101
Tipo de Cirurgia Bariátrica e Facetas do NEO-PI-R	101
Tipo de cirurgia e facetas N do NEO-PI-R.	102
Tipo de cirurgia bariátrica e facetas E do NEO-PI-R	102
Tipo de cirurgia bariátrica e facetas O do NEO-PI-R	102
Tipo de cirurgia bariátrica e facetas A do NEO-PI-R	102
Tipo de cirurgia bariátrica e facetas C do NEO-PI-R	102
Teste T-Student para Comparação de uma Amostra	103
IMC Vs Facetas N1 e N3	104
Análise de Correlação Canónica	105
Teste Projectivo do Desenho da Figura Humana	106
Discussão	110
Limitações à Investigação	111
Considerações Acerca dos Dados Estatísticos Obtidos Relativos à Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica dos Participantes	112
Considerações Acerca dos Dados Estatísticos Obtidos com Base nos Instrumentos Psicológicos	114
DEBQ, NEO-PI-R e MANOVA	115
Teste t-Student para o NEO-PI-R e DEBQ	116
Teste do Desenho da Figura Humana	122

Conclusão	130
Referências Bibliográficas	131
Anexos em suporte de papel	138
ANEXO A: Representação gráfica do Balão Intra Gástrico, da Banda Gástrica Ajustável e do Bypass Gástrico	139
ANEXO B: Considerações acerca da Banda Gástrica Ajustável, do Bypass Gástrico e do Balão Intra Gástrico	140
ANEXO C: Questionário de Caracterização da Amostra	142
ANEXO D: “Domínios e Facetas do NEO-PI-R”	144
ANEXO E: Breve Descrição do Significado dos Domínios do NEO-PI-R	142
ANEXO F: Distribuição dos itens pelas três dimensões do D.E.B.Q.	147
ANEXO G: Desenho da Figura Humana	149
ANEXO H: Consentimento Informado	150
Anexos em suporte informático	
ANEXO I: Código de Nuremberg	
ANEXO J: Declaração da Promoção dos Direitos dos Doentes na Europa	
ANEXO L: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Sexo	
ANEXO M: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Idade	
ANEXO N: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Estado Civil	
ANEXO O: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Raça	
ANEXO P: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Área de Residência	
ANEXO Q: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Escolaridade / Habilitações Literárias	
ANEXO R: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Profissão	
ANEXO S: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Situação Profissional	
ANEXO T: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Altura, Pactual, Pideal, Pmax, Pmin, Pcrg, IMCactua, IMCcrg	
ANEXO U: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Perda Ponderal	
ANEXO V: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Início Aumento do Peso	
ANEXO X: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Atribuição Causal do Início do Aumento do Peso	
ANEXO Z: Crosstabs entre a variável Sexo e a variável Atribuição Causal do Aumento de Peso	
ANEXO AA: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: História Familiar	
ANEXO AB: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Técnicos de Saúde	
ANEXO AC: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Perda de Peso	
ANEXO AD: Crosstabs entre a variável Início Aumento do Peso e a variável Tentativas de Perda de Peso (PPeso)	
ANEXO AE: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Idade com que começou a tentar perder peso	

ANEXO AF: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra:Benefícios
ANEXO AG: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Tipo de
Cirurgia, Data da Cirurgia, Perda Ponderal, Recomendação
ANEXO AH: Estatística Descritiva-Characterização da Amostra: Fiabilidade
do NEO-PI-R e do DEBQ
ANEXO AI: Estatística Descritiva: NEO-PI-R
ANEXO AJ: Correlações DEBQ
ANEXO AL: One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
ANEXO AM: Sexo e Dimensões do DEBQ
ANEXO AN: Estado Civil e Dimensões do DEBQ
ANEXO AO: Habilitações Literárias e Dimensões do DEBQ
ANEXO AP: Início Aumento de Peso e Dimensões do DEBQ
ANEXO AQ: Atribuição Causal do Peso e Dimensões do DEBQ
ANEXO AR: História Familiar e Dimensões do DEBQ
ANEXO AS: Técnicos de Saúde e Dimensões do DEBQ
ANEXO AT: Tentativa de Perda de Peso e Dimensões do DEBQ
ANEXO AU: Benefício de Perda de Peso e Dimensões do DEBQ
ANEXO AV: Tipo de Cirurgia e Dimensões do DEBQ
ANEXO AX: Sexo e Domínios do NEO-PI-R
ANEXO AZ: Estado Civil e Domínios do NEO-PI-R
ANEXO BA: Escolaridade / Habilitações Literárias e Domínios
do NEO-PI-R
ANEXO BB: Início Aumento do Peso e Domínios do NEO-PI-R
ANEXO BC: Atribuição Causal Aumento do Peso e Domínios
do NEO-PI-R
ANEXO BD: História Familiar e Domínios do NEO-PI-R
ANEXO BE: Técnicos de Saúde e Domínios do NEO-PI-R
ANEXO BF: Tentativas de Perda de Peso e Domínios do NEO-PI-R
ANEXO BG: Benefícios e Domínios do NEO-PI-R
ANEXO BH: Benefícios e Facetas O do NEO-PI-R
ANEXO BI: Tipo de Cirurgia e Domínios do NEO-PI-R
ANEXO BJ: Comparação de médias no NEO-PI-R com o teste t-student
para uma amostra
ANEXO BL: Comparação de médias no DEBQ com o teste t-student
para uma amostra
ANEXO BM: Correlação IMC com N1 e N3
ANEXO BN: Análise Canónica: NEO-PI-R e DEBQ
ANEXO BO: Categorias utilizadas no Desenho da Figura Humana
ANEXO BP: Estatística Descritiva-Teste do Desenho Figura Humana

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Indicações para o tratamento cirúrgico na Obesidade Mórbida	12
FIGURA 2: Terapia Cognitivo-Comportamental na Obesidade Mórbida	14
FIGURA 3: Representação da Banda Gástrica Ajustável	17
FIGURA 4: Representação do Bypass Gástrico	17
FIGURA 5: Representação do Balão Intra-Gástrico	18
FIGURA 6: Esquema heurístico para conduzir a avaliação psicológica nos sujeitos obesos	62
FIGURA 7: Caracterização da amostra: Sexo	81
FIGURA 8: Caracterização da amostra: Estado Civil	81
FIGURA 9: Caracterização da amostra: Raça	82
FIGURA 10: Caracterização da amostra: Escolaridade / Habilitações Literárias	82
FIGURA 11: Caracterização da amostra: Situação Profissional	83
FIGURA 12: Caracterização da amostra: Início do aumento de peso	83
FIGURA 13: Caracterização da amostra: Atribuição Causal do Início do Aumento de Peso	84
FIGURA 14: Caracterização da amostra: Sexo * Atribuição Causal do Início do Aumento de Peso	85
FIGURA 15: Caracterização da amostra: História Familiar	85
FIGURA 16: Caracterização da amostra: Início Aumento de Peso * Tentativas realizadas para perder peso	86
FIGURA 17: Caracterização da amostra: Idade Início Tentativas de Perda de Peso	87
FIGURA 18: Caracterização da amostra: Tipo de Cirurgia	87
FIGURA 19: Tamanho da Figura Humana * Tipo de Cirurgia	107
FIGURA 20: Resumo esquematizado dos dados de quatro investigações	114

INTRODUÇÃO

A crescente prevalência da obesidade a nível nacional e mundial, tem tido importantes consequências ao nível da Saúde Pública. Estas consequências passam pelo óbvio compromisso da qualidade de vida dos pacientes, e também pelo dispêndio envolvido nos gastos em cuidados de saúde causados pelas comorbilidades.

A elevada prevalência da Obesidade em Portugal com consequente diminuição da Qualidade de Vida, fundamenta a necessidade do Programa Nacional de Combate à Obesidade inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 elaborado pela Direcção Geral de Saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde existem cerca de 300 milhões de sujeitos obesos em todo o mundo tendo a obesidade atingido proporções epidémicas (WHO, 2006) estimando-se que cerca de 50% da população mundial poderá ser obesa em 2025 (D.G.S., 2004).

Este aumento da prevalência justifica, por si só, a necessidade de investigar a relação entre factores de personalidade e comportamento alimentar nos sujeitos obesos mórbidos, a fim de permitir a elaboração de estratégias de intervenção e educação para a saúde, mais eficazes e adequadas, para esta população. Dois grandes objectivos destas estratégias são a diminuição da prevalência de comorbilidades da obesidade e também a diminuição da parcela que a obesidade mórbida representa na população já considerada obesa. Com base em trabalhos recentes determina-se que a intervenção elementar da Psicologia da Saúde na área da obesidade passa pelo ajudar os sujeitos obesos a adquirir e manter um peso saudável.

Pretende-se deste modo estudar a possível relação entre Factores de Personalidade, Comportamento Alimentar e Imagem Corporal nos sujeitos diagnosticados com Obesidade Mórbida candidatos a Cirurgia Bariátrica.

Ser obeso acarreta actualmente um estigma social frequentemente acompanhado de crenças e preconceitos relativos ao estilo e comportamento alimentar, assim como em relação aos seus traços / factores de personalidade, que de algum modo influenciam a maneira como o indivíduo obeso se vê, se relaciona e se integra no mundo exterior.

Têm sido realizadas investigações no sentido de caracterizar o estilo alimentar, o comportamento alimentar, as características de personalidade e a imagem corporal desta população. No entanto, todas estas questões carecem de mais estudos científicos que determinem inequivocamente se existe um perfil psicológico específico nesta população.

No estudo do comportamento alimentar torna-se desde logo uma tarefa altamente complexa definir nesta população o que é uma alimentação “normal” e o que é uma alimentação “patológica” assim como que traços / factores de personalidade são “normais” e quais os “patológicos”.

O presente trabalho de investigação apresenta inicialmente uma revisão bibliográfica sobre Personalidade, Comportamento Alimentar e Imagem Corporal nos sujeitos diagnosticados com Obesidade Mórbida.

Assim, e com base na Psicologia da Saúde, abordamos ao longo do primeiro capítulo o tema da Obesidade Mórbida, descrevendo os aspectos que a caracterizam, as suas causas e os tratamentos existentes.

Debruçamo-nos de seguida sobre o constructo “Personalidade”, destacando a sua definição, a Teoria dos Traços, o Modelo dos Cinco Factores e a área da Avaliação Psicológica.

É igualmente objecto de reflexão o comportamento alimentar exibido por esta população, abordando a Teoria Psicossomática, a Teoria da Externalidade, a Teoria da Restrição, focando ainda os Instrumentos Psicométricos na área do Comportamento Alimentar.

Desenvolvemos sequeentemente o tema da Imagem Corporal na área da Obesidade mórbida assim como os aspectos éticos em investigação.

Finalmente, apresentamos a metodologia utilizada ao longo da Investigação, assim como os resultados obtidos através da aplicação dos Instrumentos Psicológicos, com a respectiva discussão.

OBESIDADE MÓRBIDA

Segundo a Organização Mundial de Saúde existem cerca de 300 milhões de sujeitos obesos em todo o mundo tendo a obesidade atingido proporções epidémicas (WHO, 2006). A obesidade é uma doença crónica de génese multifactorial, que requer esforços continuados, sendo um importante factor de risco para o desenvolvimento de doenças concomitantes.

Diversos estudos indicam que na população portuguesa existe uma prevalência conjunta de excesso de peso e de obesidade de cerca de 40% sendo mais elevada nos subgrupos de mais de 55 anos e nas pessoas de escolaridade e classe social mais baixas (D.G.S., 2004). No entanto, a prevalência da obesidade varia de acordo com os critérios adoptados e a metodologia utilizada. Carmo (2001) menciona um estudo efectuado em Portugal, pela Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade em colaboração com a Direcção Geral de Saúde (D.G.S.) e outras Instituições, onde refere que 41% dos homens e 12% das mulheres apresentavam excesso de peso.

A elevada prevalência da Obesidade em Portugal com consequente diminuição da Qualidade de Vida, fundamenta a necessidade do Programa Nacional de Combate à Obesidade inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

A obesidade encontra-se ligada a uma elevada mortalidade e morbilidade sendo que as complicações associadas podem ser responsáveis por 5 a 10% dos custos de saúde.

Assim, os objectivos terapêuticos a atingir nas pessoas com obesidade obrigam à adopção de medidas integradas e complementares, a nível da redução de peso e da obesidade, da prevenção e tratamento das morbilidades associadas e redução da mortalidade e prevenção primária dos familiares (D.G.S., 2004).

A obesidade encontra-se incluída na Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) no capítulo Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas sendo considerada como doença crónica. Para alguns autores (D.G.S., 2004a; Moreno & Bonfim, 2004) é uma patologia com génese multifactorial, que requer esforços continuados, sendo um importante factor de risco para o desenvolvimento de doenças concomitantes.

A obesidade não surge no DSM-IV-TR (“Diagnosis and Statistical Manual”) uma vez que ainda não foi estabelecido de modo inequívoco que esta esteja associada com uma síndrome comportamental ou psicológica. No entanto, quando existirem factos evidentes de existirem factores psicológicos relevantes na etiologia ou evolução de um caso particular de obesidade, poderá tal facto ser indicado anotando a presença de Factores Psicológicos Que Afectam o Estado Físico Geral (A.P.A., 2002).

Assim, de momento a obesidade não é considerada uma perturbação psiquiátrica. Este esclarecimento é pertinente uma vez que esta doença foi durante algum tempo considerada como uma manifestação somática de um conflito psicológico subjacente que, em sujeitos com uma formação egóica inadequada, somente poderia ser solucionado através de hiperfagia (Segal & Fandiño, 2002).

A revisão da literatura na área da Obesidade permite-nos salientar a ampla produção de estudos na língua inglesa e alguns em espanhol. A produção de bibliografia entre os autores nacionais é escassa, o que nos impõe uma maior responsabilidade na execução da tarefa a que nos propusemos.

Definição de Obesidade

A Obesidade é definida como um excesso de reservas lípidicas armazenadas no tecido adiposo do indivíduo (Carmo, 2001; Alvarez-Estrada, 2001; Estrada, 2001).

Para a O.M.S. a obesidade é definida como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde, resultando este excesso de gordura de sucessivos balanços energéticos positivos em que a quantidade de energia ingerida é maior do que a quantidade de energia gasta, sendo que os factores que determinam este desequilíbrio incluem factores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais (D.G.S., 2004a).

Podemos classificar a obesidade em função: da sua causa, do padrão de distribuição da gordura corporal, do índice de massa corporal, da idade de começo da obesidade, e, em função da distribuição celular (Blázquez; Lauffer; Gutiérrez del Álamo; Moreno & Moreno, 2003). Daí que Galvão-Teles (citado por Carmo, 2001) refira que não há obesidade, mas sim obesidades.

Actualmente, o método utilizado com mais frequência para a sua mensuração, classificação e investigação epidemiológica é o Índice de Massa Corporal (IMC), ou Índice de Quetelet, obtido dividindo-se o peso corporal pelo quadrado da altura: $\text{Peso(Kg)}/\text{Altura}^2(\text{m})$. No entanto, esta classificação não permite diferenciar o peso do músculo e o da gordura (Ogden, 2004; Straub, 2005). Ao definir-se obesidade como gordura corporal excessiva, não se estabelece uma quantidade ideal uma vez que a quantidade de gordura corporal se modifica com a idade (Straub, 2005).

Considera-se Obesidade Grau III ou Obesidade Mórbida quando o $\text{IMC} > 40$ (Carmo, 2001; Blázquez et al, 2003; Straub, 2005). Com este grau, o risco de comorbilidade associada apresenta-se como sendo muito alto (Barrera, 2001). Um $\text{IMC} > 50$ é classificado como Super Obesidade, e, um $\text{IMC} > 60$ como Super Super Obesidade.

Segundo a distribuição da gordura corporal podemos classificar a obesidade como tendo (Alvarez-Estrada, 2001; Blázquez et al, 2003): uma distribuição homogénea (existe um excesso de gordura corporal sem predominância num ponto específico do corpo), ginóide ou gluteofemoral (o excesso de gordura corporal está localizado na região dos glúteos) e, central ou andróide (acumulação excessiva na zona abdominal).

Assim, podemos definir dois padrões de obesidade: um padrão masculino (caracterizado por um excesso de gordura na porção superior do corpo e no abdómen – corpo em formato de maçã) e um padrão feminino (com uma concentração de gordura nas ancas e coxas – corpo em formato de pêra). Quanto maior a relação cintura/quadril, maior a taxa de mortalidade (Straub, 2005).

Tanto o grau de gordura corporal como a sua distribuição estão relacionados com a mortalidade e morbidade a longo prazo sendo igualmente um factor de risco para alterações ao nível da imagem corporal (Blázquez et al, 2003).

Com base na idade de início da Obesidade podemos classificá-la em: obesidade com início na infância ou na adolescência, e, obesidade no adulto em que a idade de início se situa entre os 20 e os 40 anos (Blázquez et al, 2003).

Segundo a causa esta divide-se em: primária (com uma prevalência de 95-99%) e secundária (quando esta está directamente relacionada com determinadas doenças ou fármacos) (Blázquez et al, 2003).

Em função da distribuição celular pode ser classificada em: Hipertrófica (em que o aumento da gordura se deve ao aumento do tamanho dos adipócitos sem que a

sua quantidade aumente), ou Hiperplásica (quando existe um aumento da gordura corporal secundário a um aumento de adipócitos. É mais frequente em épocas de crescimento, tem pior prognóstico e um maior risco de complicações) (Blázquez et al, 2003).

Segundo Ogden (2004) os povos da Europa do Norte e Oeste são mais magros dos que os do Leste e Sul e as mulheres têm maior probabilidade de obesidade do que os homens.

A obesidade acarreta vários problemas de saúde ao nível do Aparelho Cardiovascular (Hipertensão Arterial, Aterosclerose, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Angina de Peito), Complicações Metabólicas (Hiperlipidémia, Diabetes Tipo II), Sistema Pulmonar (Dispneia e fadiga, Síndrome de Pickwick, Apneia de Sono, Embolismo Pulmonar), Aparelho Gastrointestinal (Esteatose Hepática, Litíase Vesicular, Carcinoma do cólon), Aparelho Genitourinário (Infertilidade e Amenorreia, Incontinência urinária de esforço, Hiperplasia endometrial, carcinoma do endométrio, carcinoma da mama, carcinoma da próstata, Hipogonadismo hipotalâmico, Hirsutismo), Insuficiência venosa crónica e hérnias (SPCO, 2006; Straub, 2005).

Segundo a D.G.S. (2005) a obesidade apresenta uma prevalência de 12% na população portuguesa sendo que na população com mais de 55 anos a prevalência é de 1,9 no sexo masculino e 7.2 no sexo feminino. Os portugueses mais escolarizados apresentam um quarto da prevalência de obesidade quando comparados com os de baixa escolaridade sendo que esta é mais elevada nas classes sociais mais desfavorecidas. É na região de Setúbal e do Alentejo que se regista a maior prevalência de obesidade em Portugal.

Causas da Obesidade

A Obesidade Mórbida pode ser causada por diversos factores: genéticos, metabólicos, comportamentais, culturais, psicológicos, entre outros. São factores que normalmente se interrelacionam e modulam entre si não sendo possível, na maioria dos sujeitos, separar a contribuição genética dos factores ambientais (Alvarez-Estrada, 2001).

Nos anos 50 a obesidade era considerada como um reflexo de um distúrbio de personalidade. Nos anos 60, devido aos estudos de diversos autores e ao início do

trabalho dos terapeutas comportamentais, a obesidade passou a ser considerada como consequência de hábitos alimentares desadaptativos. Nos anos 70 e 80 proliferaram os estudos sobre a perda de peso. É nos anos 90 que se consolida o reconhecimento de múltiplos factores que contribuem para a obesidade

As teorias sobre a Obesidade incluem teorias fisiológicas e teorias comportamentais.

Nas teorias fisiológicas temos: 1) as Teorias genéticas que referem que existe uma componente genética na determinação da obesidade, no entanto é pouco explícito como esta predisposição genética se expressa; 2) a Teoria da taxa metabólica basal (e a hipótese do “set-point”) em que se considera que taxas metabólicas baixas podem estar associadas à obesidade uma vez que existe um menor dispêndio de calorías em repouso sendo que o peso corporal de cada sujeito é determinado geneticamente dentro de um limite que o corpo tende a manter, no entanto, não existem evidências que sugiram que as pessoas obesas tenham normalmente taxas metabólicas mais baixas do que as magras; 3) a Teoria das células gordas que refere que a tendência genética para ser obeso se pode expressar através do número de células gordas que o sujeito possui; e, 4) a Regulação do apetite em que se coloca a hipótese da existência de um defeito no gene “ob” que regula a produção de leptina, uma hormona produzida pela gordura que o hipotálamo monitoriza como índice de obesidade sendo responsável por comunicar ao cérebro a necessidade de cessar a ingestão (Clark & Goldstein, 1995; Wing & Klem, 1997; Ogden, 2004, Straub, 2005).

A descoberta do gene ob e da leptina veio dar apoio à teoria do set-point. Isto porque à medida que se dá um aumento de peso há uma maior produção de leptina, o que cessa o apetite, aumentando o gasto de energia e desencadeando outros mecanismos para restaurar o peso do corpo ao set-point. Para alguns investigadores, nas pessoas obesas os receptores de leptina seriam menos sensíveis daí que os sujeitos obesos apresentassem uma maior quantidade da mesma de modo a compensar uma deficiência no processo de sinalização. Esta capacidade de sinalização pode igualmente ser utilizada para explicar o porquê das pessoas recuperarem o peso após uma dieta. Isto porque após uma dieta existe menos leptina disponível aumentando assim a fome e reduzindo o metabolismo (Alvarez-Estrada, 2001; Straub, 2005).

Ainda em relação à Teoria Genética, o excesso de ingestão em simultâneo com um estilo de vida sedentário vai condicionar um desequilíbrio no balanço energético do sujeito o que irá conduzir a um aumento de peso desproporcionado. Quando um dos pais é obeso, a probabilidade de que um dos filhos também o seja é de 50%, sendo que esta proporção se eleva para 80% se ambos os pais forem obesos (Alvarez-Estrada, 2001; Blázquez et al, 2003). No entanto, a influência genética parece expressar-se por meio de factores comportamentais e fisiológicos individuais relacionados com mutações genéticas como a leptina que no entanto se observam com baixa frequência como causa específica da obesidade (Hernani, 2001).

Dentro das Teorias Comportamentais temos o estudo da Actividade Física em que o aumento da prevalência da obesidade coincide com a diminuição na taxa de energia gasta diariamente; e, dos Hábitos Alimentares. Nos anos 60 e 70 as teorias sobre o comportamento alimentar enfatizavam o papel da ingestão de alimentos na predição do peso sendo que os primeiros estudos sobre a obesidade se baseavam na suposição de que os sujeitos obesos comiam de forma diferente e em maior quantidade em relação aos sujeitos com peso normal (Ogden, 2004).

Uma questão importante nesta temática prende-se com o(s) factor(es) que desencadeiam a fome e a saciedade. Com base em diversas investigações efectuadas, sabemos que o sentimento de fome está relacionado com os níveis de glicose e insulina no sangue, com o aumento do número de células adiposas no corpo e com um determinado neurotransmissor sendo que, alguns investigadores referem que o centro do apetite está localizado em duas áreas do hipotálamo: o hipotálamo lateral, que desencadeia a fome e controla o comportamento alimentar, e o hipotálamo ventromedial, que desencadeia a saciedade (Blázquez et al, 2003; Straub, 2005).

Assim, os únicos mecanismos fisiológicos moduladores da ingestão existentes no nosso organismo são a sensação de plenitude e a saciedade. Enquanto que a primeira controla a quantidade de comida ingerida, a segunda regula o tempo decorrido entre as ingestões. Presumivelmente, este mecanismo encontra-se alterado em situações de ingestão compulsiva (Perturbação de ingestão compulsiva) e ingestão nocturna (Síndrome de ingestão nocturna), perturbações encontradas com frequência nos sujeitos obesos (Hernani, 2001).

Um outro aspecto a considerar relativamente à etiologia da obesidade diz respeito aos factores psicossociais. A obesidade é mais frequente nos países

ocidentais, países esses em que existe um consumo excessivo de gordura aliado ao sedentarismo e ao modo de vida (Blázquez et al, 2003).

Podemos ainda considerar que a obesidade se encontra relacionada com factores sócio-culturais. Nos países ocidentais esta é mais frequente nas classes sociais mais desfavorecidas no entanto, também poderá ser a própria obesidade a originar um declínio a nível do status social devido à discriminação que o obeso sente actualmente (Blázquez et al, 2003).

Mas, existem diferenças relativamente ao sexo. A obesidade é mais frequente em mulheres com baixo nível de escolaridade, com filhos e baixo nível sócio-económico. Quanto aos homens a obesidade encontra-se relacionada com o consumo de álcool e o sedentarismo (Blázquez et al, 2003).

A obesidade encontra-se igualmente relacionada com o ambiente familiar, com os hábitos alimentares familiares e o estilo de alimentação. No entanto, para outros autores, a influência familiar não desempenha um papel tão relevante no desenvolvimento desta doença (Hernani, 2001). Conclui-se assim que as experiências partilhadas no seio da estrutura familiar não são determinantes de uma maior incidência de obesidade e que, conseqüentemente, seriam as experiências não partilhadas, isto é aquelas que cada sujeito experiência individualmente, que poderiam influenciar o desenvolvimento das características da personalidade. Os factores extra-familiares considerados são os acontecimentos de vida stressantes, o baixo nível sócio-económico, o consumo de álcool, a falta de exercício físico entre outros.

Investigações efectuadas têm identificado períodos de maior risco para o aumento de peso nas mulheres (Wing et al, 1997). Assim, as mulheres apresentam maior risco para o aumento de peso entre os 25 e os 34 anos de idade. Alguns dos preditores de aumento de peso nas mulheres são: a raça, o status sócio-económico e o estado civil. Deste modo, o aumento de peso neste intervalo de idade é mais significativo nas mulheres de raça negra, com baixo status sócio-económico e casadas recentemente. Consideram-se ainda que os seguintes acontecimentos potenciam o aumento de peso (Wing et al, 1997): gravidez (cerca de 25% das mulheres mantinham o peso adquirido com a gravidez), evicção tabágica (cerca de 80% das mulheres que cessaram os hábitos tabágicos aumentaram de peso) e menopausa.

Recentemente a neuropsicologia tem-se debruçado sobre este tema colocando como hipótese que os sujeitos obesos comem em excesso porque possuem um menor número de receptores para a dopamina. Este neurotransmissor desempenha um papel a nível do prazer e saciedade. Com base em investigações realizadas com PET – Tomografia por Emissão de Positrões, observa-se que a performance dopamínica dos obesos é menor, isto é, poucos receptores de dopamina se mostram funcionais. Esta falta de dopamina poderia causar o excesso de apetite para compensar a actividade diminuída neste sistema de recompensa e saciedade (Ballone, 2005).

Tratamento da Obesidade Mórbida

Durante muito tempo considerou-se que um corpo com peso em excesso significava prosperidade e saúde. Actualmente, reconhece-se que o excesso de gordura na dieta tem uma componente patogénica comportamental (Straub, 2005).

O tratamento da obesidade tem como objectivo a melhoria das comorbilidades associadas (Rubio & Moreno, 2004). No entanto, a obesidade coloca-se como sendo muito resistente a qualquer tipo de tratamento.

Salienta-se que não existe uma dieta maravilhosa ou um tratamento farmacológico que resolva definitivamente o excesso de peso. Deve-se sim realizar uma abordagem multidisciplinar de modo a modificar o que seja passível de modificação uma vez que quase todos os sujeitos obesos apresentam padrões alimentares alterados (Gutiérrez del Álamo; Gómez; Moreno; Lauffer & Moreno, 2003).

A maioria dos programas de redução de peso não resulta numa perda permanente para a maioria dos sujeitos. Alguns rapidamente recuperam o peso perdido ou inclusive aumentam o mesmo acima do valor inicial, provavelmente porque, o tratamento poderá não estar adaptado às necessidades individuais do sujeito.

O sujeito obeso mórbido tem normalmente no seu passado um historial de tentativas de redução de peso caracterizadas pelo insucesso a longo prazo (Travado; Pires; Martins; Ventura & Cunha, 2004). Na prática, numa grande percentagem de doentes obesos mórbidos, o peso perdido é recuperado ao fim de cinco anos (Rubio et al, 2004).

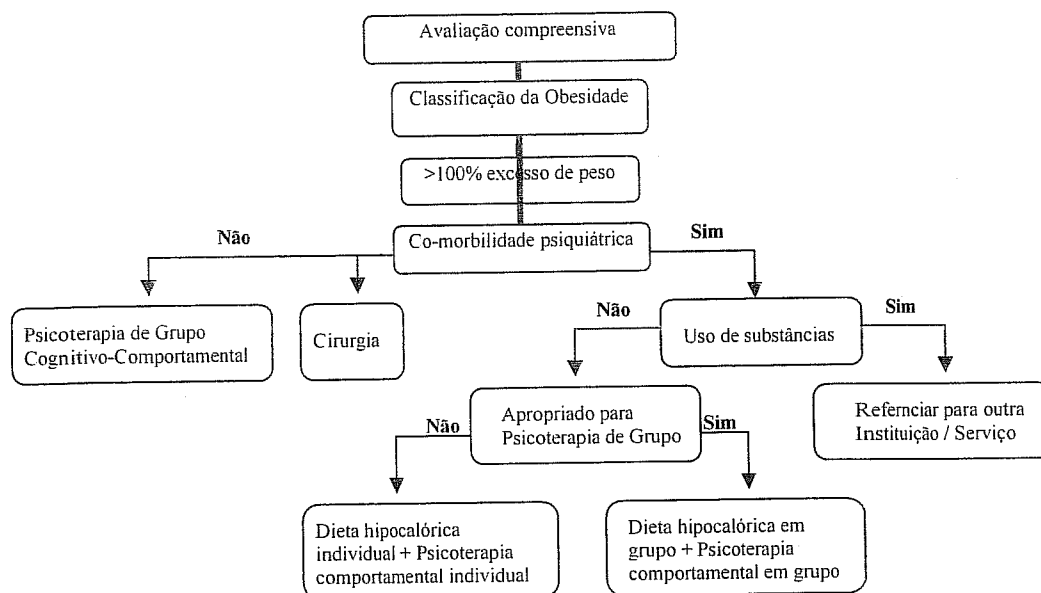
A obesidade grau III ou obesidade mórbida encontra-se associada a uma baixa qualidade de vida, alta-frequência de co-morbilidades, redução da esperança de vida e fracasso dos tratamentos menos invasivos (Segal et al, 2002).

Antes de se ponderar qual o tratamento mais indicado para aquele sujeito, devemos realizar uma história clínica completa e exaustiva que inclua os seguintes pontos: 1) presença ou ausência de antecedentes familiares de obesidade; 2) presença ou ausência de comportamentos aditivos; 3) padrão de actividade física e profissional; 4) padrão de sono; 5) tipo de medicação efectuada (como por exemplo; contraceptivos orais, corticóides, neurolépticos, antidepressivos tricíclicos, anfetaminas, entre outros); 6) início e evolução da obesidade; 7) aumento do início do peso e se existe um factor desencadeante; 8) realização de tratamentos anteriores e seus resultados; 9) hábitos alimentares, apetite, preferências qualitativas e horários de ingestão assim como se existe uma relação entre a ingestão e factores emocionais; 10) despiste de perturbações do comportamento alimentar como: perturbação da ingestão compulsiva, bulimia, síndrome de ingestão nocturna; 11) despiste de perturbações psicológicas que possam influenciar o processo (como ansiedade, depressão, impulsividade, entre outros) (Blázquez et al, 2003); 12) avaliação da imagem corporal; e, 13) expectativas face ao tratamento.

Deve ser realizado um diagnóstico diferencial na obesidade uma vez que em algumas situações esta poderá dever-se a alterações endócrinas tais como: Síndrome de “Cushing”, Síndrome do ovário poliquístico, Insulinoma, Hipogonadismo, e, Hipotireoidismo (Blázquez et al, 2003).

Segundo Clark et al (1995) os sujeitos que apresentem até mais 20% de excesso de peso devem realizar um tratamento baseado nas mudanças de estilo de vida; entre 20 e 40% devem realizar acompanhamento nutricional; entre 40 e 100% programas nutricionais com acompanhamento hospitalar; e, acima de 100% cirurgia. Podemos observar as indicações para este último caso na Figura 1 uma vez que a nossa amostra se baseia em sujeitos que aguardam ou realizaram cirurgia.

Figura 1: Indicações para o tratamento cirúrgico na Obesidade Mórbida
(adaptado de Clark et al, 1995)



Tratamento Comportamental

Para um correcto funcionamento do sentimento de saciedade e plenitude os factores cognitivo-comportamentais desempenham um papel fundamental (Hernâni, 2001).

O tratamento da obesidade baseia-se na análise do comportamento alimentar e dos comportamentos de exercício com um foco especial nos antecedentes e consequências desses mesmos comportamentos (Grilo, 2000). Assim, o tratamento comportamental reside na modificação de factores como a dieta, exercício físico e mudança dos hábitos de vida (Wing et al, 1997; Rubio et al, 2004).

Historicamente os tratamentos comportamentais baseiam-se na premissa de que os princípios da aprendizagem podem ser aplicados à ingestão excessiva que origina a obesidade (Grilo, 2000). Embora se considere que a ingestão excessiva e o exercício insuficiente são duas componentes de um complexo problema bio-psico-social com forte componente genética e metabólica, os tratamentos comportamentais continuam a ser largamente utilizados (Grilo, 2000).

As técnicas cognitivo-comportamentais tornaram-se pilares nos programas para perder peso (Straub, 2005). Os programas de modificação do comportamento alimentar incluem: 1) o controle de estímulos de modo a identificar e limitar o número de estímulos que façam o sujeito comer; 2) técnicas de auto-controle; 3) contratos de contingência; 4) apoio social que serve como reforço adicional; 5) Auto-monitorização; 6) controlo de estímulos; 7) ingestão mais lenta; 8) rotura de cadeias alimentares; 9) reestruturação cognitiva; 10) resolução de problemas; e, 11) estratégias de evitamento de recaídas (Clark et al, 1995; Straub, 2005).

Trabalha-se a mudança de hábitos alimentares observando o acto de comer, as condições emocionais envolvidas, a história de vida e as relações com o comer excessivo. Uma das técnicas consideradas mais eficazes na perda de peso são os registos de auto-monitorização uma vez que a informação obtida com base nestes podem servir como instruções na resolução de problemas (Wing et al, 1997).

A eficácia destes programas aumenta quando se conjugam técnicas cognitivas às comportamentais uma vez que na maioria das vezes o obeso inicia o seu tratamento com expectativas irrealistas e pensamentos auto-destrutivos. Deste modo, as atitudes e hábitos alimentares devem ser modificados de forma permanente para que exista perda de peso e manutenção da mesma (Straub, 2005). Devem-se ter em conta os hábitos alimentares, os pensamentos distorcidos relacionados com a comida e o peso, a auto-imagem e a auto-estima, a dificuldade no controlo dos impulsos, o isolamento social, a utilização da comida como factor de compensação emocional, entre outros.

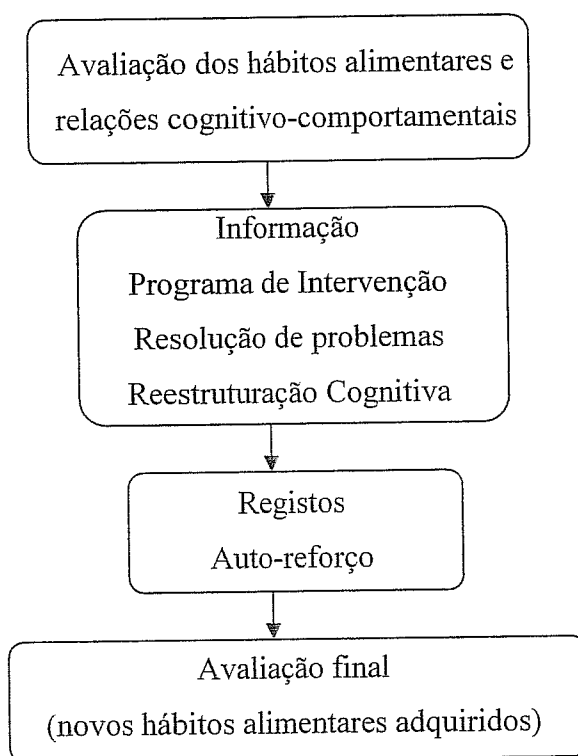
Estes elementos podem favorecer a ingestão de alimentos hipercalóricos chegando inclusive a anular os mecanismos fisiológicos moduladores originando um mal estar mediado por cognições negativas e de culpa, com ideias erróneas sobre comida assim como respostas ansiosas que constituem um círculo vicioso quando retro-alimentam as sequências comportamentais primárias que facilitam o excesso de ingestão (Hernâni, 2001).

A forma mais eficaz de terapia cognitivo-comportamental para a perda de peso são as que não se concentram na perda de peso mas sim no encorajamento das percepções dos pacientes de que conseguem ter controlo sobre o peso e melhorar a sua imagem, tendo como base a modificação das emoções relacionadas com a dieta (Straub, 2005).

Para a obesidade mórbida, recomendam-se programas de modificação do comportamento com dieta hipocalórica, acompanhados de intervenção cirúrgica (Becoña, 1987). Devemos ter em conta qual o melhor tratamento para o sujeito obeso com base na sua personalidade, níveis de obesidade, hábitos alimentares, entre outros.

Podemos esquematizar a terapia cognitivo-comportamental na área da obesidade mórbida do seguinte modo (Figura 2):

Figura 2: Terapia Cognitivo-Comportamental na Obesidade Mórbida
(adaptado de Hernani, 2001)



No tratamento cognitivo-comportamental devemos estar atentos às recaídas que possam surgir ao longo do processo adoptando deste modo estratégias de modo a evitar as mesmas (Wing et al, 1997; Grilo, 2000). Utilizando somente estas técnicas na população obesa, existe a probabilidade de recuperação do peso após um ano de término da mesma com maior evidência aos cinco anos (Grilo, 2000).

Tratamento cirúrgico

Nos últimos anos a cirurgia bariátrica tem ganho relevo sendo actualmente considerada por estes doentes como um “milagre” na resolução do seu problema de obesidade. No entanto, a cirurgia bariátrica deve ser o último recurso no tratamento da obesidade devendo ser usada somente quando fracassam os tratamentos menos agressivos e conservadores (Barrera, 2001). O tratamento convencional para a obesidade grau III, ou obesidade mórbida, produz resultados insatisfatórios com 95% dos sujeitos a recuperarem o peso inicial em dois anos (Segal et col, 2002).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade, as indicações gerais para a realização de cirurgia bariátrica são: 1) Possuir um $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$; 2) Possuir um $IMC > 35 \text{ Kg/m}^2$ com co-morbilidade associada; 3) Obesidade estável há pelo menos 5 anos; e, 4) Ineficácia dos tratamentos clínicos prévios durante esse período de tempo. Embora não exista um consenso, alguns autores colocam como limite de idade o período dos 17 aos 60 anos.

Salienta-se que o tratamento do obeso mórbido, a sua selecção assim como a selecção da cirurgia mais adequada a cada caso, deve ser realizado no seio de uma equipa multidisciplinar de modo a garantir-se o êxito da cirurgia e a diminuição de possíveis riscos para o sujeito obeso mórbido. Ao falar-se em equipa multidisciplinar fala-se em: Médicos Cirurgiões, Psicólogos, Nutricionistas, Endocrinologistas, Anestésistas, entre outros.

Assim, o objectivo da cirurgia bariátrica consiste na diminuição do aporte energético de modo a conseguir-se uma perda de peso e deste modo melhorar a qualidade de vida com conseqüente diminuição das co-morbilidades associadas (Barrera, 2001).

A cirurgia bariátrica pode originar uma perda de cerca de 40% do peso do sujeito (Moreno & Bonfim, 2004).

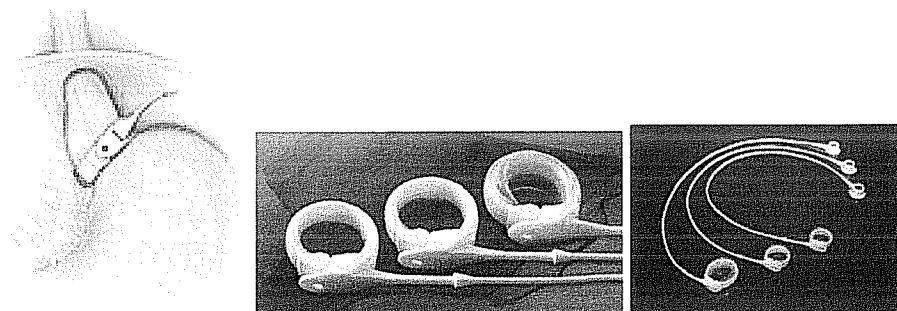
Podemos dizer que actualmente os riscos inerentes à cirurgia bariátrica superam os riscos associados à própria obesidade (Barrera, 2001).

As cirurgias bariátricas, com base nos seus princípios de funcionamento podem ser divididas em: 1) Cirurgias Restritivas: gastroplastia vertical com banda proposta por Mason em 1982, as cirurgias de banda fixa propostas por Wilkinson em 1978, e, as cirurgias com banda ajustável introduzidas por Kuzmak em 1986. Este tipo de cirurgia consiste numa redução da capacidade gástrica com conseqüente

diminuição da quantidade de alimentos ingerida sem interferir com a absorção dos mesmos. Os pacientes que apresentam melhor sucesso com este tipo de cirurgia são aqueles que aprendem a comer lentamente, em menor quantidade, evitando ao máximo as bebidas; 2) Cirurgias Malabsortivas: foram as primeiras cirurgias utilizadas sendo denominadas de derivação jejuno-ileal (ou bypass jejuno-ileal) introduzidas por Payne em 1969. Eram muito eficazes na redução do peso dos pacientes porém, pelo grande número de complicações, foram abandonadas progressivamente no final da década de 1970; 3) Cirurgias Mistas: apresentam uma componente restritiva e malabsortiva, consistindo na redução da capacidade gástrica associada a uma derivação gastro-entérica. Foram inicialmente propostas por Mason em 1967. A confecção da anastomose gastro-jejunal em Y-de-Roux foi empregada por Griffen em 1977 e Miller em 1979. Na evolução da técnica, dois autores, Fobi e Capella, adotaram separadamente o conceito de um reservatório situado na pequena curvatura, envolvendo a sua saída por anel inelástico, de forma a intensificar a restrição gástrica, aumentando a saciedade precoce. A derivação bilio-pancreática proposta por Scopinaro em 1976, consiste numa gastrectomia parcial horizontal (com reservatório de cerca de 200 a 300 ml) e um bypass gastroentérico, mantendo um canal comum de 50 cm junto à válvula íleo-cecal (VIC). A derivação bilio-pancreática proposta por DeMeester em 1987 e, posteriormente, por Marceau e Hess, utiliza uma gastrectomia vertical, com preservação pilórica e um bypass gastroentérico com canal comum de 80 a 100 cm junto à VIC. Estas duas últimas técnicas funcionam fundamentalmente através do seu componente malabsortivo, com redução acentuada da área de absorção de gorduras e hidratos de carbono (Vieira, 2002).

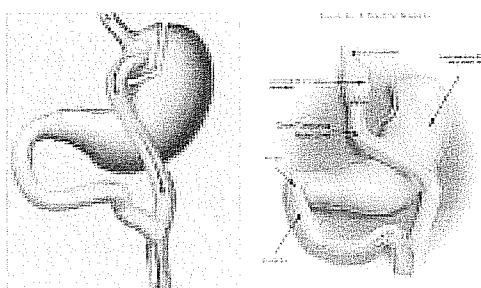
No caso da Banda Gástrica Ajustável, esta é colocada por via laparoscópica perto da extremidade proximal gástrica logo abaixo da junção esogástrica, de modo a criar uma pequena câmara justa-esofágica. O orifício de passagem desta câmara é regulável através de um mecanismo percutâneo de insuflação do balão acoplado à banda, que se encontra ligado a um reservatório alojado por baixo da pele abdominal ou torácica que é enchido com uma solução salina (Anexo A). A comida passará por essa abertura lentamente, originando um sentimento de saciedade prolongado no tempo (Anexo B). Apresentando resultados aceitáveis na Europa, foi recentemente aprovada pela FDA nos Estados Unidos da América. Infelizmente, não existem ainda estudos em número significativo de seguimento a médio e longo prazo que avaliem a sua eficácia (Figura 3).

Figura 3: Representação da Banda Gástrica Ajustável



No Bypass Gástrico (Figura 4), descrita inicialmente por Mason em 1967, as paredes do estômago são agrafadas a cerca de 4 cm abaixo da cárdia de modo a reduzir a capacidade gástrica, sendo a saída deste reservatório feita através de anastomose gastrojejunal do tipo Y de Roux a uma hansa do intestino delgado com uma longitude não superior a 50 cm (Anexo A). O objectivo desta cirurgia consiste em reduzir a capacidade gástrica criando um certo efeito de dumping. Este método apresenta uma taxa de mortalidade de 1-2% com complicações pós-operatórias em 10% dos casos (Barrera, 2001). Com a técnica de Scopinaro, descrita em 1979, estamos perante uma cirurgia malabsortiva, existindo uma derivação bilio-pancreática sendo que nesta técnica a restrição volumétrica não representa um papel preponderante. Com esta técnica cirúrgica regista-se uma perda de 50% do excesso de peso aos três anos de “follow-up” (Clark et al, 1995) (Anexo B).

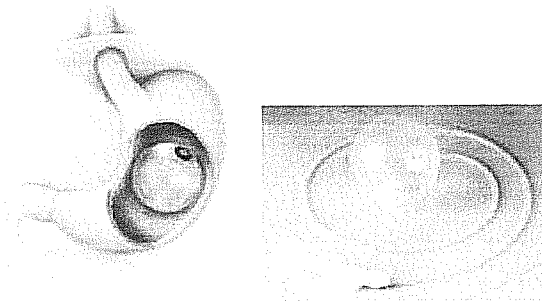
Figura 4: Representação do Bypass Gástrico



Acrescentamos ainda uma técnica endoscópica utilizada actualmente que é o Balão Intra Gástrico (BIG). O BIG (Figura 5) é uma prótese de silicone com uma

capacidade de 400cc a 700cc, introduzido no interior do estômago por via endoscópica, na forma desinsuflada, sendo de seguida insuflado com uma substância salina, ficando no interior do estômago durante seis meses ao fim dos quais é retirado do mesmo modo (Anexo A). Salienta-se que o BIG é uma técnica de tratamento a curto prazo dado que o BIG tem um período de vida de seis meses. Como o BIG origina um sentimento de saciedade, actua como uma ajuda à perda de peso. Esta é uma opção para os sujeitos com obesidade mórbida que precisem de perder peso de modo significativo, sejam capazes de tolerar uma dieta hipocalórica e não tenham contra-indicações ao uso de fármacos coadjuvantes (Rubio et al, 2004). Também pode ser utilizado como método de redução de peso prévio à realização da cirurgia bariátrica de modo a diminuir o risco anestésico e cirúrgico e otimizar a recuperação no pós-operatório (Anexo B).

Figura 5: Representação do Balão Intra-Gástrico



Para alguns autores (Rubio et al, 2004) somente a cirurgia bariátrica pode fornecer uma resposta efectiva a longo prazo aos sujeitos com obesidade mórbida.

Do ponto de vista médico, consideram-se como critérios de exclusão para a cirurgia bariátrica: 1) existência de doenças endócrinas não tratadas; 2) Presença de Perturbações psiquiátricas severas não compensadas (como por exemplo Bulimia, Alcoolismo e Psicoses); 3) Doença inflamatória intestinal, neoplasias e cirrose; 4) enquadramento familiar disfuncional; 5) Incapacidade para compreender e seguir ordens médicas; e, 6) risco cirúrgico muito elevado (Barrera, 2001).

Do ponto de vista psicológico, embora a literatura não revele um consenso nesta matéria, consideram-se como contra-indicações para a realização de Cirurgia Bariátrica restritiva: 1) Existência de comportamentos toxicofílicos ou de

alcoolismo; 2) Presença de Psicopatologia não compensada; 3) Quadros demenciais; 4) Presença de determinadas Perturbações do Comportamento Alimentar como, por exemplo, a Perturbação de Ingestão Compulsiva (que se caracteriza por uma ingestão compulsiva de comida associada a perda de controlo) e a Bulimia; e, 5) situações em que o sujeito não esteja de pleno acordo com a cirurgia ou não seja capaz de ter em consideração as mudanças que irão ocorrer com a cirurgia. No caso das Perturbações da Personalidade deve-se avaliar com precaução a aptidão do sujeito para uma cirurgia bariátrica. Estas contra-indicações devem-se à possibilidade de comprometimento do tratamento.

Para alguns grupos de trabalho na área da obesidade, as perturbações psiquiátricas não são consideradas como uma contra-indicação formal primária para a realização da cirurgia (Segal et al, 2002).

Segundo Segal et al (2002) tem-se observado um certo abandono de critérios psicológicos na selecção de candidatos a cirurgia bariátrica devido provavelmente à ausência de instrumentos que permitam um prognóstico acurado, mostrando um parecer clínico cada vez mais baseado em evidências.

Nos sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica o seguimento pós-cirúrgico deve ser obrigatório e periódico com uma duração mínima de 5 anos uma vez que podem surgir complicações tardias ou aumento de peso após perda do mesmo. Um dos métodos mais utilizados para avaliar a qualidade de vida no pós-operatório é o questionário B.A.R.O.S. (“Bariatric Analysis and Reporting Outcome System” de Moorehead, 1998) que abrange três áreas: a qualidade percebida, a perda de peso e as complicações existentes.

PERSONALIDADE

Definição de Personalidade

Após décadas de estudos, definir personalidade é ainda uma tarefa que requer alguma dificuldade sendo esta altamente complexa uma vez que não existe uma só definição.

Estudar a personalidade implica estudar o sujeito como um todo assim como estudar aquilo que o torna único e o distingue do outro (Botelho, 1999; Patrão & Leal, 2004).

As definições de personalidade são numerosas e diversificadas podendo-se colocar a questão de se será o mesmo construto que se escreve ou de outros diferentes mas com o mesmo nome (Lima, 1997).

Segundo Palanzuela & Barros (citado por Botelho, 1999) a Psicologia da Personalidade tem tido como preocupações a dificuldade em definir os elementos ou unidade de análise da Personalidade; o desenvolvimento da pessoa como um todo; e, a aceitação de uma posição interaccionista no estudo da personalidade. Deste modo, pouca atenção tem sido prestada à definição de personalidade.

Assiste-se, desde Allport, a uma heterogeneidade de constructos: os traços de Allport; a modelação e o auto-controlo de Bandura; o Ego, Id e Superego de Freud; Identidade de Erickson, entre outros.

De um modo geral, as abordagens baseadas nos traços estudam a natureza estável da personalidade enquanto que as abordagens cognitivas se interessam pelo funcionamento da personalidade (Botelho, 1999).

Para McAdams (1995) uma descrição de personalidade deve contemplar três níveis de análise: Traços Disposicionais (onde estariam englobadas as dimensões genéricas da personalidade que comprovam a sua natureza disposicional); as Preocupações pessoais; e, as Histórias de Vida. Para Costa & McCrae (1992) a personalidade apresenta-se como um sistema definido por traços e processos dinâmicos através dos quais o funcionamento psicológico do sujeito é influenciado. Mais recentemente Mischel (citado por Botelho, 1999) aborda uma teoria para a personalidade realizando uma reconciliação entre as disposições da personalidade e os processos dinâmicos.

A personalidade é considerada como uma estrutura estável do sujeito, que influencia o modo como reage perante acontecimentos de vida, e que tende a ser razoavelmente consistente ao longo do tempo (Patrão et al, 2004).

Segundo Ribeiro (1999), a nível da avaliação tradicional da personalidade podemos falar em duas medidas: as que propõem avaliar a totalidade da personalidade (como os traços e dimensões) e as que avaliam aspectos específicos; sendo igualmente possível falarmos em inventários que avaliam dimensões básicas estruturais e dificilmente mutáveis.

Para Piéron (citado por Ribeiro, 1999) personalidade representa a noção de unidade integrativa da pessoa com características diferenciais permanentes e modalidades únicas de comportamento, podendo ser definida como a organização dinâmica dos aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos e morfológicos do sujeito.

No entanto, Magnusson & Torestad (citado por Ribeiro, 1999) referem não existir uma definição de personalidade existindo sim um organismo vivo que funciona e se desenvolve como um ser total sendo a investigação em personalidade definida como o estudo de como o sujeito pensa, sente, actua e reage do ponto de vista total.

A avaliação da personalidade tem como objectivo (segundo Ozer e Reise, citado por Ribeiro, 1999) determinar características que constituem diferenças individuais, desenvolver medidas precisas e, explorar o significado das consequências da identificação e medição destas características.

Teoria dos Traços

Foi na Antiguidade que surgiu o conceito traço. Galeno refere-nos a existência de quatro tipos de humor que influenciam o temperamento do indivíduo. Com Kretschmer (citado por Botelho, 1999) surge a teoria tri-partida para a classificação física: ciclotímicos, esquizotímicos e temperamento misto; sendo que Sheldon (citado por Botelho, 1999) e com base no trabalho de Kretschmer refere três tipos de temperamento: endomórfico, ectomórfico e mesomórfico.

Mais recentemente surgem as teorias neurofisiológicas da personalidade que abordam o papel dos neurotransmissores na personalidade do sujeito. Zuckerman (1995) estudando as origens bioquímicas e genéticas dos traços, foca o grau de hereditariedade de alguns traços de personalidade de gémeos, utilizando para isso

questionários de personalidade. Plomin & Nesselroade (citado por Botelho, 1999) referem que 40 a 50% da variabilidade dos traços da personalidade têm uma origem genética.

Nos anos 30 surge então a Psicologia da Personalidade enquanto nova área de estudo da personalidade sendo que Murray apresenta a designação de “Personologia” como uma nova ciência, e Allport introduz o estudo da personalidade na América.

Consequentemente, nos anos 40 e 50 surgem duas unidades de análise: os traços e os motivos. Em simultâneo com Allport e a sua defesa de que o traço teria um carácter idiográfico e intra-individual, Pearson e Spearman iniciam os métodos estatísticos para a avaliação das capacidades (Botelho, 1999).

Nos anos 70, e segundo McAdams (1995) a Teoria dos Traços sofreu várias críticas por se considerar que estes eram simplesmente medidas daquilo que se considerava socialmente desejável. Em 1973 surge a perspectiva interaccionista na sequência de Mischel. Em 1976, Magnusson & Endler (citado por Botelho, 1999) propõem a cognição como uma nova variável em oposição aos traços enfatizando a natureza motivacional e intencional do comportamento humano.

Na década de 80 os traços passam a ser considerados como tendo pouca capacidade para prever o comportamento do sujeito (Botelho, 1999).

No entanto, na década de 90 surge um retorno à Teoria dos Traços devido ao contributo de Krahe (citado por Botelho, 1999) que aborda linhas de investigação que, ao partirem do pressuposto da utilidade dos traços enquanto unidades base da Psicologia da Personalidade, contribuíram para consolidar o conceito teórico de traço. Estas linhas são: a identificação das dimensões básicas dos traços que facilitem uma descrição e interpretação compreensiva das diferenças individuais; a validação do conceito traço através da exploração das bases genéticas dos traços de personalidade; e, os traços na qualidade de constructos interactivos (Botelho, 1999).

Segundo McAdams (1995) e McCrae & John (1992) a revitalização da teoria dos traços deve-se à emergência do Modelo dos Cinco Factores.

McAdams (1995) refere que o conceito traço superou as críticas e é considerado um modelo legítimo da personalidade devido a cinco motivos: as atribuições que decorrem dos traços reflectem diferenças reais no comportamento e na personalidade dos sujeitos avaliados; a maioria dos traços apresenta uma consistência longitudinal; os traços são bons preditores do comportamento do sujeito; o efeito das situações não apresenta maior preponderância que os efeitos dos traços;

e, o aparecimento do Modelo dos Cinco Factores. Para McAdams (citado por Patrão et al, 2004) a personalidade deverá conter três níveis de análise: traços disposicionais, preocupações pessoais e histórias de vida.

Em síntese, o conceito de traço apresenta alguma maleabilidade uma vez que se adapta às directrizes teóricas e experimentais, estando ligado à procura de uma taxinomia da personalidade e à emergência do Modelo dos Cinco Factores. Para Costa & McCrae (1992) o conceito de traço pode ser definido como uma dimensão das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamento, sentimentos e acções.

Modelo dos Cinco Factores

O Modelo dos Cinco Factores é uma descrição compreensiva e consensual no domínio dos traços (Botelho, 1999). Foi proposto por McDougall, teórico da personalidade, e Thurstone, psicometrista.

Ao longo da história da Psicologia e da Psicologia da Personalidade, um dos esforços encetados passa pela sistematização de uma taxinomia que permita aos investigadores estudar dimensões específicas da personalidade, isto porque, a representação dos vários sistemas de descrição da personalidade numa única estrutura, ou taxinomia, desempenharia uma função integrativa (Botelho, 1999).

McDougall (citado por Botelho, 1999) refere que a personalidade pode ser descrita através de cinco factores: Intelecto, carácter, temperamento, disposição e génio. Klages & Baumgarten (citado por Botelho, 1999) colocam a Hipótese Lexical que as diferenças individuais significativas serão registadas e codificadas na própria linguagem.

Cattell aplicou procedimentos empíricos na construção de uma taxinomia da personalidade obtendo um sistema de 16 factores de primeira ordem e oito de segunda ordem. Fiske baseando-se em Cattell, obteve uma solução de cinco factores. Posteriormente, Norman (citado por Botelho, 1999) replica a estrutura dos cinco factores considerando estes como o caminho para a criação de uma taxinomia adequada dos atributos da personalidade. Seguidamente esta taxinomia foi validada por Smith e Wiggins e nos anos 80 submetida por Goldberg a uma reanálise lexical de onde emergiram igualmente cinco factores confirmando-se deste modo a robustez do modelo surgindo assim a expressão “Big Five” (Botelho, 1999).

Surgem assim estudos e investigações que tentam relacionar os factores de Goldberg com o inventário NEO de três factores de Costa e McCrae o que originou o NEO-PI, baseado em cinco factores, e posteriormente o NEO-PI-R com cinco factores e 30 facetas (Lima, 1997).

Ao longo da história da Psicologia da Personalidade a avaliação da Personalidade tem sido baseada em questionários psicométricos, baseados por sua vez em escalas, concebidos para aplicação na clínica ou como resultado das teorias da personalidade (Botelho, 1999).

Eysenck identificou as dimensões do Neuroticismo (N) e Extroversão (E) como componentes essenciais da estrutura da personalidade sendo posteriormente consolidadas como duas dimensões centrais da personalidade, passando a ser designadas como “Big Two” por Wiggins (Botelho, 1999). Nos anos 70 Tellegen e Atkinson surgem com uma terceira dimensão designada por abertura a experiências absorventes e de mudança pessoal sendo que Costa e McCrae (1992) propõe uma dimensão semelhante chamada de Abertura à Experiência.

Começa deste modo a delinear-se o modelo dos cinco factores contemporâneo ao dar-se a confluência da tradição dos questionários com a hipótese lexical (Botelho, 1999). Nos anos 80 Costa & McCrae sugerem a necessidade da introdução de uma dimensão de auto-controlo sendo esta implementada por Tellegen e designada por Conscienciosidade. Leary introduz a Amabilidade.

Nos anos 80 surge assim o NEO-PI-R, que será objecto de uma descrição exhaustiva num capítulo seguinte.

No entanto, este Modelo necessita ainda de consenso em relação à nomenclatura dos factores devido à confluência dos dois sistemas de onde teve origem (Botelho, 1999).

Costa & McCrae (citados por Patrão et al, 2004) falam na personalidade como um sistema composto por traços e processos dinâmicos que influenciam o funcionamento psicológico. A teoria dos traços passa então pelo desenvolvimento do Modelo dos Cinco Factores que organiza hierarquicamente os traços de personalidade em cinco dimensões básicas: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A), e, Conscienciosidade (C), todos eles avaliados pelo Inventário de Personalidade NEO-PI-R de Costa & McCrae.

Para Widiger e Trull (1997) o Modelo dos Cinco Factores é reconhecido, válido e aplicável na Psicologia da Saúde devido à sólida infra-estrutura empírica.

Watson e Clark (1992) referem que o Modelo dos Cinco Factores providencia uma estrutura taxinómica básica para a investigação em personalidade, sendo o NEO-PI-R um instrumento construído para a avaliação destes factores.

Para Costa e McCrae (citando Lima, 1997) a Teoria dos Cinco Factores da Personalidade identifica as categorias de variáveis que uma teoria deve conter: tendências básicas, adaptações características, auto-conceito, biografia objectiva, e, influências externas.

Ainda que este Modelo seja aceite, Block (1995) considera que a Psicologia da Personalidade não se deve basear exclusivamente na análise factorial devendo também considerar outros dados como por exemplo os dados neurofisiológicos. McAdams (1995) acrescenta ainda que este modelo não contabiliza a natureza contextual e condicional dos sujeitos.

Concluindo, e com base em McAdams (1995) o modelo dos “Big Five” deve ser visto como Um modelo da personalidade.

Apesar das críticas ao estudo da Personalidade, Costa & McCrae apresentam o Modelo dos Cinco Factores que demonstra ser um instrumento válido para a avaliação da personalidade na área da Psicologia da Saúde (Patrão et al, 2004).

Avaliação Psicológica da Personalidade

Segundo Ribeiro (1999) a avaliação psicológica visa a produção de informação para tomada de decisões: decisões de selecção, decisões de monitorização da intervenção, decisões de investigação, e, decisão de diagnóstico. Assim, a capacidade de diagnóstico supõe que a técnica de avaliação tem uma validade preditiva.

As respostas dadas pelos sujeitos nos instrumentos de avaliação da personalidade podem ser consideradas como indícios de personalidade uma vez que os testes de avaliação psicológica são técnicas concebidas para avaliação de construtos psicológicos (Ribeiro, 1999).

Nos instrumentos de auto-preenchimento requiere-se uma inferência mínima entre a resposta dada e a variável ou construto-alvo de modo a permitir ao sujeito identificar qual o construto em avaliação (Ribeiro, 1999). Na área da saúde, um dos métodos utilizados para a recolha da amostra é o método “mail type” que, segundo investigação de Ribeiro (citado por Ribeiro 1999) é um tipo de preenchimento que

não produz resultados diferentes em amostras da mesma população que responderam em casa ou na presença de um Psicólogo.

Na técnica de avaliação psicológica devemos ter em conta a literacia dos respondentes (Ribeiro, 1999) uma vez que esta pode ser considerada como factor de enviesamento dos resultados.

Devemos ainda considerar as seguintes questões relacionadas com o preenchimento dos instrumentos: a) a imprecisão das respostas por influência de uma possível coação que os participantes possam sentir; b) o factor desejabilidade social; c) a ocorrência de respostas aleatórias devido a falta de motivação ou incompreensão das instruções; d) falsificação das respostas de modo a transmitir uma imagem mais favorável; e, e) o factor de aquiescência (Ribeiro, 1999).

Na área da Avaliação Psicológica na Obesidade Mórbida, os Instrumentos Psicométricos mais utilizados para avaliar a Personalidade são: 1) Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota – MMPI2 de Hathaway & McKinley (1989) que avalia a estrutura da personalidade e seus possíveis desvios permitindo obter três escalas de validade, dez escalas básicas e 15 escalas de conteúdo; 2) Questionário Factorial da Personalidade – 16PF de Cattell, composto por 185 itens que avaliam 16 traços primários da personalidade sendo que a combinação destes traços permite obter resultados para cinco factores de segunda ordem: extroversão, ansiedade, dureza, independência e auto-controlo; 3) Inventário da Personalidade Neo-Revisto - NEO-PI-R de Costa & McCrae; 4) Inventário de Personalidade de Eysenck – EPI, que avalia duas dimensões da personalidade: neuroticismo e extroversão; 5) Inventário Clínico Multiaxial de Millon – MMCI-II, composto por 175 itens permite obter 10 escalas básicas de personalidade, três de personalidade patológica, quatro de fidelidade e validade, seis síndromes clínicas de gravidade moderada e três síndromes de gravidade severa; 6) Inventário de Sintomas de Derogatis – SCL-90-R (1997) que permite obter três índices globais, nove dimensões somáticas primárias e um nível de sintomas discreto sendo composto por 90 itens em que cada um descreve uma alteração psicopatológica ou psicossomática concreta.

Em associação com estes, alguns autores utilizam: 1) as Matrizes de Raven – SPM, que permitem efectuar uma avaliação da inteligência geral; 2) Escala de Memória de Weschler - EMW; 3) Questionário de Saúde Geral de Goldberg – GHQ; 4) Inventário de Depressão de Beck – BDI, que avalia a severidade da depressão; e, 5) o Teste projectivo de Rorschach. Faith & Allison (2000) acrescentam ainda a

possibilidade de introdução de questionários específicos para medir o bem estar subjectivo.

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E OBESIDADE

A selecção daquilo que ingerimos está relacionada com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas, factores psicológicos e sociais (Viana, 2002). Actualmente vemos os alimentos como objectos funcionais (Carmo, 2003) que têm variadíssimos propósitos psicológicos.

O comportamento alimentar envolve o acto de ingestão assim como os factores psicossociais associados à selecção e decisão de quais os alimentos a ingerir (Viana & Sinde, 2003a). Com base em diversos estudos, os obesos apresentam um padrão alimentar rico em lípidos e doces (Viana, 2002).

Ao longo do tempo têm-se colocado diversas hipóteses para a obesidade que implicam os estilos alimentares. O conceito de estilo alimentar remete-nos para a categorização do comportamento alimentar, considerado como o resultado da influência de factores psicológicos e sociais (Viana, 2002).

Assim, o comportamento alimentar envolve o acto de ingestão e aspectos qualitativos relacionados com a selecção e decisão de quais os alimentos a consumir, enquanto que o padrão de ingestão diz respeito aos aspectos quantitativos implícitos na ingestão como a energia ingerida (Viana, 2002).

Inicialmente a ingestão em excesso do obeso era considerada como consequência do descontrolo provocado por estados emocionais sendo que, em estados de ansiedade e angústia, responderiam com ingestão em excesso enquanto que, um sujeito considerado “normal”, tenderia a diminuir o apetite (Viana et al, 2003a). Esta resposta, segundo Bruch (1961) era o resultado de uma confusão entre estados emocionais e fome, tendo origem na infância.

Com base na insatisfação com o peso e a imagem corporal, alguns sujeitos vivem uma luta interna no sentido de controlarem a ingestão, independentemente da fome que sentem, de modo a manterem um dado peso ou mesmo diminuí-lo. Há assim uma preocupação permanente com o que comem e com o corpo, resistindo a comer o que desejam (Viana, 2002).

Segundo Carmo (2001) os antidepressivos, os antipsicóticos, os serotoninérgicos e os estimulantes têm efeitos sobre o comportamento alimentar. A compulsão alimentar para os glúcidos, a Síndrome de ingestão nocturna e a Doença

sazonal afectiva acompanhada de hiperfagia e sonolência no Inverno têm sido relacionadas com um défice serotoninérgico.

Existem três teorias relacionadas com o excesso de ingestão alimentar: a teoria psicossomática, a teoria da externalidade, e, a teoria da restrição. Uma pessoa poderá realizar uma ingestão excessiva como resposta a emoções negativas (teoria psicossomática), como resposta a factores externos como o cheiro e a apresentação da comida (teoria da externalidade), ou, poderá ingerir alimentos em excesso após um período de restrição alimentar (teoria da restrição alimentar). No entanto, a controvérsia sobre se os obesos realizam uma maior ingestão do que as outras pessoas continua.

Schlundt, Taylor, Hill, Sbroc, Pope-Cordle, Kasser & Arnold (1991) propõem a classificação dos obesos em cinco grupos: com hábitos alimentares moderadamente saudáveis, com restrição alimentar crónica, regime de alternância: restrição e ingestão compulsiva, sobrealimentação emocional e hiperalimentação prandial.

Teoria Psicossomática e Obesidade

A teoria psicossomática, elaborada principalmente por autores da linha psicanalítica, considera a hiperfagia do obeso como um sintoma determinado por causas psicológicas e emocionais inconscientes sendo a obesidade uma expressão física de um desajustamento emocional subjacente. Deste modo, os obesos são caracterizados como sujeitos perturbados emocionalmente sendo a hiperfagia um meio de lidar com esta problemática psicológica. Sob o ponto de vista desta teoria, torna-se fundamental para a compreensão do sujeito a compreensão da relação deste com a comida, que ocorre desde o nascimento, e da ligação dele com os seus objectos primários, com a família, o meio social e, em especial, com quem exerce as funções maternas.

As teorias psicossomáticas defendem que os obesos aumentam anormalmente a sua ingestão como reacção a factores emocionais. Recentemente passou-se a considerar que as perturbações emocionais dos obesos seriam uma consequência e não a causa da obesidade (Allison & Heshka, 1993). Por outro lado, Rodin (citado por Carmo, 2001) considera a obesidade como um modelo unitário com interacções ao nível da etiologia e das consequências.

Mas, qual a relação entre a obesidade e os distúrbios emocionais? Para alguns autores a obesidade resulta de problemas psicológicos preexistentes e não resolvidos (Faith & Allison, 2000). Este ponto de vista provém das teorias psicodinâmicas de obesidade que conceptualizam os obesos como neuróticos e possuidores de uma fixação oral. Para Richardson (1946) a obesidade pode ser considerada como uma componente de uma neurose cuja expressão física é a acumulação de gordura. Nicholson (citado por Busato de Azevedo et al, 2004) no estudo que efectuou, conclui que todos os obesos por si estudados apresentavam algum tipo de psiconeurose em graus variados.

Schick (1947) considera que a obesidade é um sintoma significativo da personalidade total sendo o corpo a expressão das atitudes instintivas do sujeito. Este autor compara a hiperfagia a uma adição referindo que existe uma patologia da adição no desejo inconsciente de experimentar novamente a satisfação que o bebe obtém com a ingestão de comida.

Bychowski (1950) no seu estudo observacional refere que a obesidade neurótica nas mulheres é uma manifestação vegetativa de impulsos inconscientes e defesas egóicas, sendo possivelmente uma consequência oral devido à incorporação e retenção parcial do amor objectal por parte dos pais. Esta incorporação seria uma tentativa de identificação com ambos os pais, sendo que esta dupla identificação interferiria com o desenvolvimento feminino normal. A obesidade seria assim o aspecto visível da identificação masculina. A defesa egóica seria uma tentativa para negar a feminilidade servindo a agressividade masculina como protecção contra desejos exibicionistas. O autor considera ainda que o inconsciente poderá estar relacionado com alterações nutricionais ou endocrinológicas. Este autor considera ainda que simbolicamente a comida significa amor, predominantemente maternal, e que o comer em excesso também pode ocorrer como resultado directo da angústia de separação.

Com base na psicanálise, o sujeito obeso deveria ter dependência passiva, frustração emocional, desejo de ser amado e dificuldades de adaptação aos acontecimentos (McReynolds, 1982).

Clerici; Albonetti; Papa; Penatti & Invernizzi (1992) com base no pressuposto de que a alexitimia é um factor predisponente para as patologias psicossomáticas e somatopsíquicas, concluem na sua investigação que os sujeitos

obesos apresentam com mais frequência o elemento alexitimico face à população normal.

Vários debates têm sido efectuados sobre as causas do excesso de ingestão alimentar sendo que alguns autores falam em conflitos neuróticos, desejos orais insatisfeitos assim como a presença de dificuldades emocionais de várias ordens (Fisher, 1986). No entanto, tal debate continua uma vez que carece de investigação a relação entre a experiência que o próprio sujeito tem da sua obesidade e se esta poderá originar distúrbios emocionais no próprio.

A teoria psicodinâmica conceptualiza a obesidade como uma manifestação de psicopatologia latente. A hipótese psicossomática postula que a obesidade é causada por um excesso de ingestão devido a causas de stress.

Na tentativa de explicar psicologicamente a hiperfagia alguns autores referem a necessidade de se distinguir fome de apetite. A fome seria a expressão fisiológica da necessidade do corpo por energia, enquanto que o apetite seria um desejo psicológico de comer o que dá um prazer antecipatório distinto. A fome produz apetite, mas o apetite pode existir independentemente e ser estimulado por outros meios (Hamburger, 1951). Assim, o estado emocional do sujeito pode reflectir-se no apetite, aumentando-o ou diminuindo-o. Tanto na doença como na saúde existe uma relação íntima entre apetite e o estado emocional.

O obeso procura na comida um escape às situações de vida diárias, ressaltando ainda o papel da hostilidade na hiperfagia demonstrando que a agressividade e a hostilidade reprimidas são importantes causas de ingestão em excesso (Conrad, 1954).

Kaplan & Kaplan (1957) referem que os psicanalistas entendem a obesidade como uma fixação à fase oral e uma regressão à mesma. Segundo estes, os obesos, diante das frustrações de vida e do seu funcionamento como adultos, regridem à fase oral em busca de uma gratificação infantil. Desse modo, a obesidade é vista como um reflexo directo da oralidade infantil.

Mendelson (1966) tenta categorizar psicologicamente os obesos falando de um "continuum" caracterizado por graus crescentes de instabilidade emocional. No início do espectro estão os que podem ser considerados emocionalmente estáveis, em seguida os que estão mais comprometidos no seu comportamento de comer em excesso, e por fim, os obesos que comem compulsivamente para reduzir tensões, combater estados depressivos ou para obter algum tipo de gratificação substitutiva.

Para estes, os problemas de comer e de peso podem representar o tema central de sua existência: são os obesos desde sempre.

Kornhaber (citado por Busato de Azevedo et al, 2004) refere-se à obesidade como “the stuffing syndrome”, cuja natureza considera primariamente psicológica.

O comer em excesso pode ser ainda encarado como um mecanismo de defesa utilizado pelos obesos contra sentimentos inconscientes de abandono e desesperança, originado por situações de perda do objecto (Rotman e Becker, 1970).

Kathalian (1992) refere que para se compreender a psicodinâmica da obesidade é preciso distinguir a fome do apetite. Numa óptica psicanalítica, este autor analisa os mecanismos orais do obeso, considerando que o comer pode significar: a necessidade de receber amor, o medo de sofrer privações, a reacção a uma separação ou a uma perda, o desejo hostil de eliminar um inimigo, entre outros. Relaciona ainda a hiperfagia do obeso com a sua sexualidade inconsciente.

Em género de conclusão, os psicanalistas são unânimes em assinalar que na obesidade existe uma fixação na fase oral e uma regressão a ela. Neste contexto ganha destaque a figura materna, responsável pela nutrição da criança. Bruch (1973) deu especial atenção à relação mãe-filho e à influência da figura materna e suas atitudes no desenvolvimento da obesidade infantil referindo que os sujeitos obesos que estudou sofriam de um deficit fundamental de aprendizagem precoce na percepção e conceptualização da fome e no seu processo de individuação, o que os levava a ter distúrbios não apenas na área da alimentação, mas, também, em outras áreas de funcionamento.

Bruch (1973) acrescenta a necessidade de distinguir diferentes formas de obesidade, com diferentes constelações e aspectos psicológicos, referindo que não é totalmente correcto afirmar que todas as pessoas obesas sejam emocionalmente perturbadas. Afirma ainda não ser possível falar de um tipo básico de personalidade como característico de todas as pessoas obesas, mas que a obesidade pode estar associada a qualquer desordem psiquiátrica concebível, tanto neurose como psicose. Além disso, acrescenta que é necessário diferenciar entre os aspectos psiquiátricos que têm um papel no desencadear da obesidade e aqueles que são criados por esta.

A hiperfagia pode ser uma resposta a situações de stress, servir para compensar dificuldades na interacção social, nos conflitos sexuais e nas relações interpessoais.

O tipo de relação entre sujeito e objecto é característica nos obesos, quando o objecto diz respeito à comida.

Teoria da Externalidade e Obesidade

Na década de sessenta, Schachter propôs a Teoria da Externalidade, baseada na dicotomia internalidade/externalidade, afirmando que os obesos são mais sensíveis aos indícios externos face aos internos, sendo que esta sensibilidade acrescida aos estímulos externos era responsável pelo desenvolvimento da obesidade (Carmo, 2001; Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003a, Ogden, 2004; Straub, 2005). Assim, a fome, sensação considerada interna, não seria correctamente interpretada ou sentida.

Como os obesos iniciam frequentemente novas dietas ou tentam restringir os seus hábitos e consequentemente sentem privação oral, pode-se conceber que a orientação externa reflecte, em vez de originar, o estatuto de obeso (Fisher, 1986). Mas, para Leon & Roth (citados por Fisher, 1986), com base em observações efectuadas, os super obesos (IMC>50) poderão não ser tão responsivos aos estímulos externos como os obesos moderados.

Teoria da Restrição e Obesidade

Nisbett (1972) propõe um modelo baseado na capacidade do organismo regular o peso como modo de explicar a maior reactividade aos estímulos nos obesos. Assim, cada sujeito possuía um peso fixo ideal, ou “set point”, dependente de mecanismos fisiológicos homeostáticos. Deste modo, no obeso, o peso ideal seria superior ao peso ideal dos restantes sujeitos. Por motivos sociais o obeso tentaria reduzir o peso para níveis aquém do peso ideal através de dieta. No entanto, a fome provocada pela dieta faria com que o obeso fosse mais sensível aos indícios do ambiente sobre a comida.

As teorias comportamentais da obesidade que se concentram na ingestão da comida sugerem uma relação entre peso do corpo e o comportamento alimentar. Assim, surge a Teoria da Restrição de Herman & Polivy em finais dos anos 70 sugerindo que a restrição da alimentação pode constituir um melhor preditor da ingestão de comida do que o peso (Ogden, 2004; Straub, 2005). Nesta teoria, o

estado de permanente restrição a que os obesos se submetem levaria estes a treinarem o bloqueio deliberado dos sinais interiores de fome (Carmo, 2001).

A Teoria da Restrição foi desenvolvida para avaliar as causas e consequências das dietas sugerindo que os sujeitos que fazem dieta apresentam uma ingestão exagerada ou insuficiente dos alimentos (Ogden, 2004), isto é, a maior sensibilidade a normas de peso corporal resulta num padrão alimentar que oscila entre a dieta rigorosa (comer com restrição) e o abusar da comida (comer sem restrição) sendo a sensibilidade externa consequência da restrição alimentar (Straub, 2005). O conceito de restrição alimentar surge do pressuposto de que a dieta é um factor determinante na regulação da ingestão.

O conceito de restrição foi proposto inicialmente para explicar o como e porquê do comportamento alimentar dos obesos se distinguia dos padrões dos sujeitos com peso normal. Este conceito contém dois aspectos para a compreensão do comportamento alimentar: os sujeitos restritivos apresentam um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição intercalados por ciclos de desinibição, e, existem diferenças significativas nos níveis de restrição sendo estes mais elevados nos obesos do que nos sujeitos de peso normal (Viana, 2002).

No que diz respeito ao primeiro aspecto, que os sujeitos restritivos apresentam um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição intercalados com ciclos de desinibição, alguns dos factores que podem ser considerados como tendo um efeito desinibidor são: factores de ordem emocional como a ansiedade e a depressão, factores cognitivos como a percepção de terem ultrapassado o limite auto-imposto, e factores químicos como o álcool. É de salientar que alguns sujeitos restritivos ingerem maiores quantidades quando sob o efeito de factores desinibitórios, os sujeitos não restritivos tendem a comer menos quando estão deprimidos ou ansiosos (Viana, 2002).

Em relação ao segundo aspecto, os níveis de restrição são mais elevados nos obesos do que na população normal em que a maior sensibilidade dos obesos aos estímulos do ambiente seria resultante da restrição alimentar, do desejo potenciado pela carência não satisfeita, não estando assim a obesidade relacionada directamente com a fome (Viana, 2002).

O comportamento restritivo passa a ser compreendido como o resultado da interacção entre factores fisiológicos e os esforços cognitivos para resistir a este desejo. Está implícito neste conceito que os sujeitos que se envolvem em dietas

restritivas se preocupam de modo compulsivo com o que comem e se esforçam em resistir ao apelo da comida (Viana, 2002).

Esta teoria identificou a desinibição, ou contra-regulação, da restrição como sendo uma característica da excessiva alimentação dos que tentavam restringir (Ogden, 2004). A desinibição pode ser definida como o acto de comer em excesso devido a factores emocionais ou comportamentais, o que faz com que um sujeito com restrições alimentares abandone essas mesmas restrições (Straub, 2005). Diversas investigações sugerem existir uma associação entre a restrição alimentar e aspectos emocionais sendo que os sujeitos que restringem ingerem maior quantidade de comida quando estão deprimidos ou sob o efeito de stress, do que os que não restringem (Straub, 2005).

Podemos distinguir os sujeitos restritivos dos sujeitos não-restritivos no modo como reagem aos alimentos após a primeira ingestão. Isto é, segundo Viana (2002) quando se apresenta aos sujeitos restritivos alimentos, após efectuarem uma primeira ingestão, estes tendem a comer mais do que na primeira vez. Surge assim o conceito de contra-regulação. Coloca-se como hipótese que esta situação poderá ocorrer devido ao facto de estes acreditarem que violaram os limites da dieta: perderam o controlo aquando da primeira ingestão e conseqüentemente sobre a dieta, desinibindo assim a resposta aquando da segunda ingestão (Viana, 2002). Deste modo, quando existe um factor causador desta perda de controlo, sobrevém um padrão compulsivo.

Os sujeitos restritivos podem apresentar um comportamento de maior ingestão em determinadas situações. Esta é assim uma das características da restrição alimentar cognitiva (Viana, 2002). A restrição pode estar associada a comportamentos e cognições inadaptadas podendo estar presentes sentimentos de culpa após as refeições. Há uma tendência para o descontrolo e para a ingestão de grandes quantidades em situações de humor disfórico e uma tendência a sobrestimar o volume do corpo o que poderá dar indícios de uma perturbação da imagem corporal. O sexo feminino tende a apresentar níveis de restrição mais elevados que o sexo masculino (Viana, 2002).

Os sujeitos não restritivos, pelo contrário, tendem a comer menos após uma primeira ingestão regulando a segunda em função da primeira. Estes, não controlam o desejo de mais comida, não se preocupam exageradamente com o peso, e, ingerem o que consideram ser ajustado em função da fome e da saciedade (Viana, 2002).

De acordo com o modelo dos limites de Polivy & Herman (1987) o comportamento alimentar deveria ser considerado ao longo de um contínuo que exibiria nos extremos o comportamento adequado e o comportamento alimentar desajustado. O comportamento alimentar dos sujeitos considerados restritivos estaria situado próximo do comportamento alimentar desajustado. Assim, a regulação do comportamento neste contínuo iria depender de dois tipos de limites: o limiar da fome e o limiar da saciedade. No caso dos sujeitos que realizam dieta, estes desenvolvem uma margem grande entre estes dois limites uma vez que necessitam de privação até sentirem fome e só depois de comerem muito é que se sentem saciados. Surge então um terceiro regulador: o limiar de dieta. Uma vez ultrapassado este limiar o sujeito tem tendência a comer até atingir o limite de saciedade.

Thomson, Palmer & Peterson (1988) teorizam sobre a incapacidade de parar a ingestão após um período de restrição. A hiperfagia do sujeito obeso pode ser apresentada sob diversas modalidades: pode existir um excesso de fome devido a sensações gástricas que pode ser provocada por ansiedade ou irritabilidade o que leva à ingestão de alimentos sem selecção; pode ter apetite perante dados estímulos; pode realizar compulsão alimentar (desejo irresistível de ingerir alimentos, por vezes em grande quantidade, perdendo o prazer mas mantendo a ingestão); pode demonstrar o comportamento de “grignotage” (ingestão contínua ao longo do dia); hiperfagia prandial (aumento do apetite ou da fome ao longo da refeição); um comportamento de “binge eating” com ingestões compulsivas frequentes sem restrição; e, um comportamento alternado de restrição / compulsão (Carmo, 2001).

Investigações posteriores debruçaram-se sobre a teoria da restrição e a alimentação excessiva analisando para isso: 1) o modelo causal da alimentação excessiva: que sustenta que a restrição precede a alimentação excessiva e contribui para a sua causalidade; 2) o modelo do limiar da alimentação excessiva: sugere que os sujeitos que fazem dieta tentam substituir o controlo fisiológico pelo controlo cognitivo, existindo assim uma forma de regulação dual em que a quantidade de comida ingerida é limitada quer pelo limiar da dieta quer pelo de saciedade; 3) relação entre restrição e peso: os sujeitos em dieta tentam perder peso através de uma restrição da alimentação o que origina flutuações de peso mas não um emagrecimento; 4) efeito da restrição da alimentação no estado de humor: a restrição da alimentação resulta num aumento da preocupação em relação à comida originando ainda mudanças de humor e depressão; e, 5) alimentação excessiva como recaída:

quando os sujeitos tentam restringir a sua alimentação pode existir a transformação de um lapso para a recaída, recaída esta relacionada com atribuições internas em relação ao primeiro lapso (Ogden, 2004).

São várias as críticas efectuadas à Teoria da Restrição: os conceitos de limiar biológico e psicológico encontram-se separados sugerindo serem entidades separadas que interagem; e, baseia-se na crença da associação entre a restrição da alimentação e a alimentação excessiva (Ogden, 2004; Straub, 2005).

A abordagem tradicional ao tratamento da obesidade era correctiva centrando-se no encorajamento, no entanto, é hoje aceite que a obesidade não é um problema comportamental o que faz com que os programas comportamentais tradicionais façam suposições sem fundamento sobre as causas da obesidade quando encorajam as pessoas obesas a comer “normalmente” como as de peso normal. Os programas de tratamento mais recentes sendo multidimensionais e cognitivo-comportamentais enfatizam a necessidade de combinar o sujeito com o método de tratamento mais apropriado ao seu caso (Ogden, 2004).

No caso dos sujeitos restritivos deve ser disponibilizada informação nutricional relativa à composição energética dos alimentos, sendo adequada a aplicação de técnicas de modificação do comportamento que envolvam o controlo de estímulos (Viana, 2002). No caso dos não-restritivos, deve-se operacionalizar a reestruturação cognitiva de modo a permitir ao sujeito lidar com os alimentos e procedimentos, assim como com a ansiedade e o stress (Viana, 2002).

As dietas por si só não são eficazes para a perda de peso. É necessário desenvolver hábitos alimentares sólidos e saudáveis acompanhados da realização de exercício físico de modo a aumentar a taxa metabólica basal (Straub, 2005). Deste modo, as dietas com maior sucesso são aquelas que são programadas num contexto multidisciplinar com acompanhamento a longo prazo.

Ao aplicar-se a Teoria da Restrição à obesidade, o sujeito obeso não deve ser encorajado a restringir a alimentação isto porque, a obesidade pode não ser causada por alimentação excessiva. Se a restrição da alimentação for recomendada como cura, a alimentação excessiva pode vir a ser uma consequência da obesidade (Ogden, 2004). Na cultura actual, o acto de fazer dieta implica horas ou dias de restrição que, invariavelmente, darão lugar à compulsão. Segundo Herman & Janet (citado por Carmo, 2003) é a restrição que causa a compulsão.

Com base em investigações, alguns sujeitos que realizam dieta apresentam sinais de depressão atravessando fases cíclicas de perda e ganho de peso (Viana, 2002).

De modo a alterarmos o ciclo de restrição / compulsão devemos interiorizar o mecanismo de funcionamento deste mesmo ciclo. No entanto, surgem duas dificuldades: uma a nível cognitivo, a outra a nível da disciplina (Carmo, 2003).

Instrumentos Psicométricos na área do Comportamento Alimentar

Existem numerosos questionários na área do comportamento alimentar passíveis de utilização em contexto de investigação. Como exemplo, mencionamos: 1) “Restraint Scale” – RS de Herman & Polivy (1980) que classifica os indivíduos ao longo do contínuo restrição/não-restrição avaliando os processos cognitivos requeridos para restringir a ingestão independentemente de possíveis perturbações psicológicas; 2) “Three-Factor Eating Questionnaire” – TFEQ de Stunkard & Messick (1985) que combina a classificação adoptada no questionário com as escalas de desinibição e susceptibilidade à fome avaliando três dimensões do comportamento alimentar: restrição cognitiva, desinibição e fome percebida; 3) “Eating Disorders Inventory” – EDI2 de Garner (1990) que permite obter um perfil psicológico sendo um questionário utilizado para medir características psicológicas associadas à anorexia e bulimia nervosas; 4) “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” (BITE) de Henderson & Freeman (1987) utilizado como escala para a gravidade da sintomatologia bulímica podendo ser utilizado como instrumento de detecção precoce dos sujeitos com perturbação do comportamento alimentar na população geral; 5) Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ); 6) “Eating Disorders Examination Questionnaire – EDE-Q” de Michell e col (1985) sendo composto por quatro subescalas: restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e com o peso; 7) “Eating Attitudes Test” (EAT-40) de 1979 e EAT-26 (versão reduzida) permitem obter um índice de gravidade de preocupações em sujeitos com perturbação do comportamento alimentar, indica a presença de padrões alimentares anormais mas não revela a possível psicopatologia subjacente ; 8) “The Binge Eating Scale” de Gormally, Black, Daston & Rardin (1982) que avalia a gravidade da compulsão alimentar periódica em sujeitos obesos,

assim como as manifestações comportamentais, sentimentos e cognições envolvidos num episódio de compulsão alimentar periódica.

OBESIDADE, PERSONALIDADE, PSICOPATOLOGIA E CIRURGIA BARIÁTRICA

Classicamente considera-se que os obesos são sujeitos psicologicamente estáveis, com uma boa aceitação de si mesmo e portadores de uma felicidade contagiante. No entanto, esta descrição parece não se ajustar à realidade.

A obsessão cultural pela magreza, a aversão à gordura, tanto nos adultos como nas crianças, e a censura aos indivíduos obesos, podem promover uma baixa auto-estima e uma auto-imagem pobre (Ogden, 2004).

Assim como há um grupo de obesos que come por gosto e não desejam privar-se deste prazer assumindo os riscos da sua conduta, existem outros que estabelecem uma relação quase patológica com a comida, comida esta que absorve todos os aspectos da sua vida. Estes, somente procuram tratamento quando surgem as complicações físicas associadas à obesidade. Poderá existir ainda um outro grupo de obesos que vivem de um modo conflituoso com a sua Imagem Corporal apresentando sintomatologia ansiosa ou depressiva com sentimentos de baixa auto-estima ou auto-desprezo. Esta situação potencia a que recorram a todo o tipo de dietas agressivas, que estão desde o primeiro momento condenadas ao fracasso, o que irá aumentar a sintomatologia negativa e encerrar o círculo vicioso.

Para Ferreira (2003) a ocorrência de perturbações emocionais nos obesos é elevada sendo a depressão a mais frequente. No entanto, embora alguns sujeitos obesos possam apresentar sintomatologia depressiva, não existem provas consistentes da existência de uma relação directa entre a dimensão do corpo e a incidência de problemáticas psicológicas (Ogden, 2004).

McReynolds (1982) refere existir uma ligação entre o tratamento contínuo da obesidade e perturbações psicológicas.

Num estudo de Stewart & Brook (citado por Carmo, 2001) chegou-se à conclusão de que os obesos apresentavam menores índices de ansiedade e depressão.

Na experiência de Minnesota (Carmo, 2001) vários sujeitos aceitaram perder 25% do seu peso com base num regime restritivo. Ao serem posteriormente confrontados com alimentos à descrição desenvolveram bulimia, depressão, hipocondria, histeria e psicose. Esta experiência demonstrou que a ansiedade provocada pela dieta ocorre igualmente em sujeitos de peso considerado normal.

Para Barrera (2001) os sujeitos obesos apresentam uma baixa auto-estima, uma dependência passiva, vulnerabilidade à depressão, e uma imagem corporal distorcida, sentindo-se indefesos e sem afecto.

Para Sallade (citado por Carmo, 2001) obesos e não obesos apresentam idêntico ajustamento social e emocional, no entanto, os obesos apresentam menor auto-estima do que os não-obesos.

As alterações psicológicas que se encontram com maior frequência nos obesos incluem: alterações na imagem corporal, perturbações de ansiedade, perturbações afectivas, perturbações da personalidade, bulimia e perturbação de ingestão compulsiva (Hernani, 2001).

Embora alguns sujeitos refiram que o aumento de peso está relacionado com períodos de stress, existem poucas evidências que suportem esta associação (Wing et al, 1997).

Para Bruch (1973) a obesidade desenvolve-se em sujeitos que não aprenderam a respeitar selectivamente as indicações de fome do seu corpo mas ao invés disso apresentam-se predispostas a comer quando não têm fome, por exemplo, em situações de reflexo de ansiedade. Existem uma série de estudos (citados por Fisher, 1986) que sugerem que os obesos apresentam menos acuracia na monitorização de eventos fisiológicos do que os não obesos. Relembramos os estudos de Schachter que referem que os sujeitos obesos são influenciados na sua ingestão alimentar por causas externas. Alguns autores referem ainda que os obesos são sensíveis a estímulos externos quando tomam decisões que nada tenham a ver com a alimentação.

Com o desenvolvimento da psicossomática surge a noção de que existe uma associação entre determinado perfil psicológico em pacientes com a mesma patologia física. Deste modo, a relação entre saúde e personalidade pode passar por três aspectos: 1) os traços de personalidade podem ter um papel causal na etiologia da patofisiologia ao produzirem alterações neuro-endócrinas e imunológicas; 2) os traços de personalidade podem funcionar como mediadores do stress; e, 3) os traços de personalidade podem ser indicadores da probabilidade de adoptar comportamentos de risco ou não para a saúde (Patrão et al, 2004).

A associação da obesidade com determinadas perturbações psiquiátricas é um assunto controverso e com resultados aparentemente contraditórios ao longo das várias investigações realizadas por diversos autores. Destes, são muitos os que

negam a existência de uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas nos sujeitos obesos.

As tendências actuais insistem no estudo da psicopatologia na população obesa e nos aspectos cognitivos e interpessoais do comportamento alimentar.

Segundo Lauffer et al (2003) não está claramente demonstrada a existência de uma psicopatologia específica na obesidade. Tem-se considerado que as alterações psicopatológicas que surgem se devem a consequências sociais e pessoais decorrentes da inserção do obeso na sociedade (Blázquez et al, 2003).

Para Wing et al (1997) não existem dados que suportem a hipótese que certas características psicológicas predispõem os sujeitos a serem obesos; de facto, estudos que compararam sujeitos com um peso considerado normal com sujeito obesos não mostraram diferenças entre os dois grupos no que diz respeito a sintomatologia depressiva, psicopatologia, assertividade e personalidade. Alguns sujeitos obesos apresentam-se deprimidos ou ansiosos ou apresentam outras problemáticas psicológicas no entanto, existem em mesma percentagem sujeitos com estas características na população dita normal.

Carpenter et al (citado por Straub, 2005) concluem que as mulheres obesas têm mais probabilidade de ficarem deprimidas e com tendências suicidas do que as mulheres magras, assim como os homens abaixo do peso apresentam maior probabilidade de ser diagnosticada depressão clínica do que os obesos.

Black et al (1992) tentaram determinar a associação entre distúrbios mentais e obesidade mórbida. Com base na amostra que utilizaram, concluíram que a maioria dos sujeitos eram mulheres, com baixo status sócio-económico, sendo obesos há mais de 14 anos. Estes sujeitos eram mais susceptíveis, relativamente ao grupo de controlo, de apresentarem historial de perturbação do humor, perturbações da ansiedade e bulimia, preenchendo mais de um critério para o diagnóstico de perturbação da personalidade.

Para Yanovski et al. (1993) os obesos que apresentem o diagnóstico de Perturbação de Ingestão Compulsiva (Binge-Eating) apresentam maiores perturbações psiquiátricas do Eixo I e II do que os obesos sem esta perturbação do comportamento alimentar. Idêntica conclusão referem Telch et al (1994). No entanto, estes mesmos autores acrescentam que não encontraram uma relação entre obesidade e índice de severidade psicopatológica.

A perturbação de ingestão compulsiva está presente em 30% dos sujeitos obesos mórbidos que procuram tratamento para emagrecer. Está comprovado que 50% dos sujeitos obesos que apresentam perturbação de ingestão compulsiva sofrem episódios depressivos e sofrem com mais frequência de perturbações de pânico e de personalidade (Hernani, 2001).

Segundo Hernani (2001) a solidão experimentada à hora das refeições / do acto de comer, favorece as alterações no controlo dos impulsos, algo que afecta uma grande parte da população obesa e que se reveste de elevada importância entre os mecanismos patogénicos da obesidade.

Ao estudarem a relação entre a perturbação de ingestão compulsiva e a personalidade, e com base no MMPI e no SCL-90-R, alguns autores concluem que o comportamento de ingestão compulsiva está associado com maiores níveis de psicopatologia, em particular a depressão; correlacionando-se positivamente com a somatização, perturbação obsessivo-compulsiva, sensibilidade interpessoal, ansiedade, hostilidade, ideacção paranóide e psicotismo (Faith & Allison, 2000).

A relação de causalidade entre a perturbação de ingestão compulsiva e a depressão não é clara no entanto, é possível que exista em ambas uma alteração nos valores de serotonina o que por sua vez se relaciona com a sensação de saciedade facilitando o início da ingestão compulsiva e o aumento da impulsividade e do humor depressivo (Hernani, 2001).

Embora alguns estudos retrospectivos sugiram que os sujeitos obesos poderiam experimentar depressão como resultado do tratamento, estudos prospectivos efectuados mais tarde demonstraram consistentemente um efeito positivo derivado do tratamento, com a maioria dos pacientes a registarem uma diminuição dos sentimentos depressivos durante o mesmo (Wing et al, 1997).

Alguns casos de obesidade podem ser consequência directa de uma patologia psiquiátrica específica como a depressão sazonal e perturbações do humor sendo esta última a que se relaciona mais com a obesidade (Hernani, 2001). No caso da Perturbação afectiva sazonal existe uma maior apetência pelos carbo-hidratos com ingestão por vezes descontrolada que pode originar um aumento de peso (Blázquez et al, 2003).

Dentro das perturbações da ansiedade, as mais frequentes nos obesos mórbidos, face à população em geral, são a agorafobia, a fobia simples e a perturbação de stress pós-traumático, sendo que o alívio sintomático é efectuado

através da ingestão de comida (Hernani, 2001). A esta situação acrescenta-se a ansiedade secundária à realização de tratamentos de dieta sem apoio profissional.

Enquanto que a depressão major pode originar repulsa relativamente aos alimentos, a depressão “ligeira” poderá originar um excesso de apetite sendo por vezes a ansiedade um sintoma da depressão existente e, as compulsões alimentares as compensações emocionais com conseqüente desinibição para manifestar as emoções temporariamente. Podemos encarar o acto de ingestão como um acto para preencher o vazio dos afectos, da comunicação, da falta de atenção (Carmo, 2003). No entanto, parafraseando Carmo (2003) onde se encontra a fronteira entre a ansiedade e a tristeza natural como reacção saudável a um estado de sintomas permanente que dá sofrimento?

Dentro das perturbações do humor tem-se especulado muito sobre a relação entre depressão e obesidade. Determinados tipos de depressão podem ser a causa da obesidade sendo que, os sujeitos com obesidade mórbida, apresentam uma maior vulnerabilidade para as perturbações depressivas uma vez que esta se encontra associada a uma maior taxa de sentimentos negativos e de escasso bem-estar pessoal (Hernani, 2001). Estão assim presentes sentimentos de culpa que interferem com a actividade diária e inevitavelmente se relacionam com a imagem corporal.

A depressão pode produzir uma diminuição da ingestão com conseqüente diminuição do peso o que poderia explicar a relação entre obesidade e depressão. No sexo feminino a obesidade está relacionada com uma maior prevalência de sintomas depressivos (Hernani, 2001).

Existe ainda uma relação entre obesidade e: depressão major, ideacção suicida e tentativas de suicídio (Blázquez et al, 2003).

Segundo Berman (1992) os elevados índices de psicopatologia nos sujeitos obesos sugerem que se a psicopatologia tem um impacto na perda e manutenção do peso, esta deverá ser um factor importante na planificação do tratamento.

Wadden & Stunkard (1987) consideram que a diferença de psicopatologia encontrada nos obesos é a consequência e não a causa da obesidade devido à dieta contínua, à rejeição social e à discriminação no emprego e escola. Referem que os adolescentes que são obesos desde a infância estão sujeitos socialmente e a nível familiar à pressão quase obsessiva de que têm de fazer dieta sendo por isso sujeitos em risco de desenvolver uma perturbação neurótica. Allison & Heshka (1993) referem que a obesidade e a ingestão emocional poderão estar relacionadas mas sem

existir causalidade. Poderá existir ingestão emocional se existir restrição / compulsão. Estes mesmos autores referem ser possível fazer uma tipologia dos sujeitos obesos na base de multivariáveis como a personalidade, a dieta, o comportamento e o peso.

Com base num estudo prospectivo com jovens adultos (Wing et al, 1997), concluiu que as mulheres com excesso de peso apresentavam menor probabilidade de casar, índices de pobreza mais elevados, e menores rendimentos anuais, face a mulheres com peso dito normal. Em comparação com sujeitos com peso normal, os que têm excesso de peso não demonstram níveis aumentados de depressão ou outro tipo de psicopatologia, o que poderá ter repercussões ao nível do estigma associado.

Em alguns tipos de Psicopatologia é frequente encontrarmos casos de obesidade mórbida que aparentemente nada têm a ver com o comportamento alimentar. É o caso da esquizofrenia, da perturbação bipolar, da perturbação limite da personalidade, da debilidade mental e de algumas perturbações mentais orgânicas (Blázquez et al, 2003). No entanto, nestes casos, o aumento de peso parece estar relacionado com a medicação psicofarmacológica (Hernani, 2001), hábitos de vida, e em alguns casos com a impulsividade.

As características da personalidade podem desempenhar um importante papel no desenvolvimento da obesidade de três modos: 1) as características da personalidade podem constituir-se como factores de predisposição para comer em excesso; 2) a própria obesidade, quando tem início em etapas iniciais da vida, pode afectar o desenvolvimento da personalidade, e, 3) estes dois aspectos podem actuar em combinação (Hernani, 2001).

Os sujeitos com obesidade mórbida são considerados psicologicamente “diferentes” devido à existência de determinados padrões comportamentais e modelos de personalidade que influenciam a ingestão de alimentos e consequentemente a perda de peso (Macias et al, 2002).

A avaliação da personalidade prévia à cirurgia mostra uma maior frequência de traços de dependência, insegurança, sensibilidade e instabilidade emocional. Com a intervenção cirúrgica estes traços vão-se modificando e diminuindo para aumentar aqueles que estão relacionados com padrões obsessivos (como a rigidez, indecisão e a severidade) e histéricos (exibicionismo, sociabilidade, agressividade e expressividade emocional) (Hernani, 2001): Os traços obsessivos podem aumentar devido à exigência de auto-controlo que é requerida ao sujeito acompanhado das

respectivas restrições alimentares. Os traços histéricos podem estar associados com a melhoria na auto-estima e confiança nas relações interpessoais obtidas com o novo estado.

No entanto, é pouco provável que uma personalidade bem estruturada se modifique muito em consequência de uma cirurgia bariátrica. Mas, os traços estudados não expressam as mudanças no estado emocional do sujeito, podendo influenciar as conclusões (Hernani, 2001).

Com base no estudo efectuado por Castelnuovo-Tedesco et al. (1975) os sujeitos obesos apresentam distúrbios da personalidade moderados, com predominância de traços passivo-agressivos. Embora apresentassem frequentemente sintomatologia depressiva, esta não era considerada severa. Para estes autores, a comida tinha sido usada por estes sujeitos como meio de suavizar sentimentos de privação emocional presentes desde a infância e historicamente associados a casamentos instáveis por parte de seus pais.

Para Chalmers (1990) alguns estudos têm demonstrado a existência de traços de personalidade que poderiam ter um papel no desenvolvimento da obesidade, tais como a impulsividade, a dependência e a insegurança. Por outro lado, existem obesos que apresentam alterações psicopatológicas e cuja obesidade está directamente relacionada com estas.

No entanto, para Stunkard et al (1992) não existe um tipo de personalidade que caracterize os obesos mórbidos, esta população não apresenta maiores níveis de psicopatologia do que a população geral, e, as consequências inerentes à obesidade incluem a perturbação da imagem corporal, perturbação da ingestão compulsiva, baixa auto-estima, discriminação / hostilidade social, história de abuso sexual, sentimentos de rejeição e exclusão social, história familiar de abuso de álcool, ideacção suicida, problemas conjugais, sentimentos de vergonha e auto-culpabilização, agressividade / revolta, isolamento social, psicossomatismo, entre outros. Para Hernani (2001) constata-se uma associação entre sintomas psiquiátricos na obesidade grave e mórbida.

Para alguns autores o sujeito obeso tem uma percepção da quantidade de comida ingerida inferior à real. Tradicionalmente associou-se a obesidade com um tipo de personalidade passivo-agressiva ou passivo-dependente embora tal associação não tenha sido até ao momento demonstrada eficazmente. É aceite que o obeso apresenta mais traços de dependência, insegurança, hipersensibilidade e

instabilidade emocional que a população em geral. Quando estes sujeitos perdem a sua condição de obesos, modificam as suas características de personalidade o que seria pouco provável se estas fizessem parte de uma estrutura de personalidade consolidada (Hernani, 2001).

Fitzgibbon et al (1990) testaram a assumpção de que existiria uma homogeneidade psicológica entre a sua amostra de obesos mórbidos em estudo. Concluíram que 23% dos sujeitos apresentavam características da perturbação limite da personalidade assim como apresentavam mais sintomas de psicopatologia e menos estratégias de coping adaptativas.

Considera-se ainda que existe uma comorbilidade com certas perturbações da personalidade como a perturbação limite da personalidade (Hernani, 2001).

Hutzler (1981) falam em imaturidade e dificuldade no controlo dos impulsos, com presença de resultados elevados ao nível da insegurança, sensibilidade, dependência e instabilidade emocional (Larsen, 1989). Black (citado por Macias et al, 2002) acrescenta a existência de traços histriónicos, narcísicos, borderline a anti-social. Chalmers (1990) encontrou características de personalidade idênticas em sujeitos dependentes de álcool e em obesos mórbidos, nomeadamente ao nível da impulsividade e da dependência. Leon (citado por Blázquez et al, 2003) considera que os sujeitos obesos mórbidos apresentam uma conduta aditiva similar à dos pacientes com outras dependências.

Tradicionalmente, os traços de personalidade encontrados com maior frequência nos sujeitos obesos são os traços dependentes e passivo-agressivos. Actualmente considera-se que os traços apresentados com mais frequência se agrupam em redor da perturbação limite da personalidade, isto é, instabilidade emocional, impulsividade, e baixa auto-imagem. Especula-se que a obesidade pode ser secundária à perturbação limite da personalidade uma vez que a dificuldade no controlo dos impulsos pode originar um aumento da ingestão (Hernani, 2001).

Black et al (1992) e Echeburúa & Marañón, (2001) consideram que os obesos apresentam traços histriónicos, limites e passivo-agressivos sem que haja uma predominância de uns sobre os outros. No entanto, no estudo de Grana et al (1989) os traços mais predominantes são: evitamento, antisocial e obsessivo.

Segundo Grana, Coolidge & Merwin (1989) a experiência clínica sugere que os sujeitos obesos mórbidos que procuram tratamento para a sua obesidade apresentam mais problemas psicológicos em relação à população considerada normal

exibindo com frequência traços de personalidade passivo-dependentes e passivo-agressivos. Apesar da passividade registada, expressam a sua hostilidade através das relações interpessoais (Bruch, 1973).

Nos sujeitos obesos que procuram tratamento regista-se um aumento da prevalência de sintomas psicológicos, como sintomas depressivos, ansiosos e alterações do comportamento alimentar (Segal, 2002). No entanto, não parece ser possível estabelecer uma relação de causa-efeito.

Bull, Engels, Engelsmann & Bloom (1983) referem que tanto os sujeitos que aguardavam a realização de um bypass gástrico como os obesos que não estavam em lista de espera, se descreviam como mais deprimidos do que os sujeitos com um peso considerado normal, embora os níveis de depressão não atinjam proporções clínicas.

Glinski et al (2001) com base no estudo efectuado com candidatos a Bypass Gástrico, registam uma elevada prevalência de psicopatologia e perturbações da personalidade mas referem que o psicotismo é praticamente inexistente.

Hopkinson e Bland (1982) referem que 1/5 dos sujeitos obesos que aguardavam realização de cirurgia afirmavam ter tido pelo menos um período de depressão clínica que requerera tratamento.

Cerca de 30 a 50% dos sujeitos obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica apresentam patologia psiquiátrica receptiva a tratamento (Halmi, 1980; Lang, 2000; Macia, 2002) sendo maior a probabilidade de serem diagnosticados com depressão, agorafobia, perturbação de stress pós-traumático, perturbação da personalidade e de perturbações do comportamento alimentar (Macia et al, 2002).

Quando se iniciou a cirurgia bariátrica com a técnica da anastomose, foram apontados efeitos psicológicos negativos como consequência desta. Segundo certos autores a obesidade nestes sujeitos era um mecanismo neurótico de defesa sendo a hiperfagia uma compensação emocional pelo que o desaparecimento desta condicionaria uma exacerbação do conflito e uma substituição dos sintomas (Hernani, 2001).

Guisado et al. (2003), estudaram se o estado mental dos sujeitos obesos submetidos a gastrobandoplastia vertical, avaliados 18 meses após a mesma, poderia prever perfis de personalidade. Concluíram que este grupo apresentava traços esquizóides, paranóides, histriónicos e compulsivos. Concluem assim que os sujeitos com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica mostram perturbações ao

nível da personalidade fazendo com que o estado mental condicione a estrutura da personalidade.

Para diversos autores (Macias et al, 2002) os sujeitos obesos mórbidos, após a cirurgia Bariátrica, apresentam-se menos perturbados psicologicamente, com maior controlo sobre a situação, sendo que o desconforto psicológico diminui após um ano de follow-up.

Alguns estudos (Segal et al, 2002) referem que com a cirurgia bariátrica existe uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes assim como dos quadros depressivos, ansiosos, alimentares e de insatisfação com a imagem corporal.

Na presença de perturbações da personalidade, nomeadamente a Perturbação Anti-Social e a Perturbação Border-Line, vários estudos referem uma baixa resposta à cirurgia sendo mínima a perda de peso após a realização da mesma (Macias et al, 2002).

A existência de perturbações psiquiátricas mostra que estes sujeitos correm o risco de perder pouco peso após a cirurgia requerendo com frequência ser submetidos a intervenções cirúrgicas de modo a aliviarem o seu sofrimento psicológico (Lang, 2000; Macia, 2002).

Macias et al (2002) pretenderam analisar os traços de personalidade e o desconforto psicológico em sujeitos submetidos a gastrobandoplastia, com base no MCMI-II (Inventário Clínico Multi-Axial de Millon-II), concluindo que os sujeitos com obesidade mórbida submetidos a cirurgia partilham características de distúrbios psicológicos e desconforto psicológico, sendo que os subtipos das diferentes dimensões psicológicas estão associados com uma grande variedade de sintomas psicopatológicos. Deste modo, o comportamento destes sujeitos pode ser descrito com recurso a um modelo multidimensional baseado em seis factores: 1) traços de personalidade e desconforto psicológico; 2) traços de personalidade histriónicos, narcísicos e anti-social; 3) perturbações afectivas como ansiedade, somatoformes e distímicas; 4) traços de personalidade paranóides; 5) padrão de personalidade esquizóide e dependência de álcool; e, 6) traços de personalidade dependentes.

Espmark (1982) fala-nos no “eridophobic syndrome” nos sujeitos obesos mórbidos submetidos a cirurgia bariátrica referindo que estes apresentam dificuldades na expressão de sentimentos agressivos sendo hipersensíveis à crítica.

Com base no estudo de Maddi et al (2001) e com base na aplicação do MMPI2 a uma amostra de obesos submetidos a cirurgia bariátrica, concluiu-se que os

sintomas psicopatológicos declinam após a realização da cirurgia, sendo que os elevados valores obtidos previamente à cirurgia poderão ser uma peça-chave nos factores que originam a obesidade assim como uma reacção à obesidade.

À luz de vários estudos prospectivos, considera-se que a cirurgia bariátrica melhora a função psíquica sobretudo entre os 6 e os 12 meses pós-cirurgia (Hernani, 2001). Existe uma melhoria a nível do funcionamento psicossocial, do humor, da auto-estima, do rendimento interpessoal e profissional, da imagem corporal em conjunto com uma menor utilização do mecanismo da negação. Nos pacientes operados regista-se igualmente uma diminuição da frequência de depressão, ansiedade e perturbação de ingestão compulsiva, sendo que 80% mostram satisfação com os resultados (Hernani, 2001).

De modo a investigar os efeitos a longo-prazo dos procedimentos cirúrgicos sobre o funcionamento psicossocial nos sujeitos obesos, Van Gemert et al (1998) realizaram um estudo onde concluíram que os resultados psicométricos obtidos previamente à cirurgia demonstravam a existência de somatização, depressão, negação das emoções, incompetência social e uma atitude de indiferença perante certos aspectos do comportamento interpessoal. Todos os sintomas desapareceram após a cirurgia à excepção da somatização. A melhoria da sintomatologia psicológica foi determinada pelo peso perdido não tendo sido influenciada pelo procedimento cirúrgico. Concluem assim que os distúrbios psicológicos existentes no período pré-cirúrgico são o resultado, e não a causa, da obesidade mórbida.

Para Stunkard et al (1986) os sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica apresentam melhor funcionamento psicossocial, inclusivé a nível marital e sexual, no comportamento alimentar, e na imagem corporal. Concluíram ainda que o estado emocional dos sujeitos durante a perda de peso é superior em comparação com o estado emocional apresentado quando se utilizam outros métodos de emagrecimento.

Para Faith & Allison (2000) os dados existentes não sugerem uma associação entre obesidade e psicopatologia embora estudos recentes refiram poder existir uma associação entre distúrbios emocionais e obesidade sugerindo que os distúrbios / factores psicológicos podem desempenhar um papel no desenvolvimento da obesidade. No entanto, segundo estes autores, existe uma limitação nestes estudos: a de que normalmente se utiliza como termo de comparação a psicopatologia em vez de se comparar construtos psicológicos. É prematuro afirmar definitivamente e inequivocamente que não existem causas psicológicas no desenvolvimento da

obesidade sendo assim necessária a realização de outros estudos longitudinais com uma maior formulação de hipóteses.

Segundo Clark et al (1995) as características da personalidade e a sintomatologia psicológica não permitem distinguir os sujeitos obesos dos não obesos. No entanto, a angústia psicológica, as comorbilidades psiquiátricas e a perturbação de ingestão compulsiva podem influenciar o peso corporal num subgrupo de obesos.

Segundo diversos autores (Carmo, 2001) a patologia da personalidade e os conflitos emocionais são temáticas centrais sendo a sobre-alimentação uma resposta aos distúrbios emocionais ou à depressão ou como adaptação a sentimentos incómodos, consoante o autor em causa.

Tanto as crianças como os adultos utilizam com frequência a comida como uma tentativa para solucionar problemas emocionais. Os doces podem tornar-se um modo de lidar com a ansiedade, depressão, solidão e medo (Faith & Allison, 2000). Mills (1993) observou maiores alterações psicológicas nos adultos que apresentaram obesidade infantil do que naqueles que não apresentaram obesidade infantil.

Com base em estudos efectuados os obesos que procuram tratamento dietético apresentam mais distúrbios emocionais em relação aos obesos que não procuram tratamento e aos não obesos (Faith & Allison, 2000). Estes sujeitos obesos apresentam mais sintomas de perturbação da personalidade border-line, perturbação de ingestão compulsiva, depressão e tendências obsessivo-compulsivas. No entanto, será que os obesos apresentam maiores índices de psicopatologia face aos sujeitos não obesos que se encontrem em tratamento para outras situações? Segundo Wadden & Stunkard (1987) a resposta seria não, aparentemente não existem evidências de que os obesos em tratamento dietético apresentem maiores níveis de desordens psiquiátricas face aos obesos em geral. Mas, para Fitzgibbon & Kirschenbaum (1990) os obesos em tratamento apresentam maior tendência a apresentar distúrbios, face aos que não estão em tratamento, sendo que nem todos os obesos que procuram tratamento apresentam níveis significativos de distúrbios emocionais.

Black et al (1992) referem como características mais frequentes na população obesa a perturbação border-line da personalidade, sintomatologia depressiva e ansiosa.

Ao longo dos vários estudos efectuados chegamos a resultados e conclusões diversas e por vezes contraditórias. Para alguns autores existe uma relação entre

psicopatologia e obesidade, para outros uma é causa de outra. No entanto, é necessário termos em conta os diferentes desenhos e metodologias utilizadas nas diversas investigações. Os instrumentos utilizados são numerosos e nem sempre avaliam as mesmas características não sendo por isso por vezes passíveis de comparação, assim como os participantes utilizados nestas investigações fazem frequentemente parte de consultas / programas para perda de peso o que pode de algum modo influenciar ou alterar ligeira ou significativamente os resultados. Devido à grande heterogeneidade dos obesos torna-se necessário distinguir entre alterações do comportamento alimentar e eventual psicopatologia.

Em resumo, torna-se extremamente complicado demonstrar a existência de factores de personalidade que condicionem o desenvolvimento da obesidade em todos os sujeitos. Aparentemente, os sujeitos obesos apresentam maior impulsividade, maior labilidade e instabilidade emocional do que os sujeitos não obesos, sendo que a ansiedade e a depressão estão presentes em maior ou menor medida. No entanto, é aceite que os sujeitos com excesso de peso apresentam padrões de alimentação alterados, com hábitos alimentares adquiridos, e já com um certo grau de cronicidade, que exigem uma reeducação, como será abordado no capítulo seguinte.

IMAGEM CORPORAL E OBESIDADE

A imagem corporal pode ser compreendida como uma figuração do nosso corpo na nossa mente sendo resultante do meio, e igualmente determinante das relações do sujeito consigo próprio, com o meio ambiente e o outro (Schilder in Moreno et al, 2004). Podemos considerar que a consciência do eu contém a consciência do corpo (Carmo, 2003).

A imagem corporal pode ser considerada como a representação mental que cada sujeito possui acerca do seu próprio corpo, sendo moldada pela relação que o sujeito estabelece consigo mesmo e com o seu ambiente, representação essa que pode ser construída e reconstruída ao longo da vida (Peres, 2006).

A imagem corporal é um construto psicológico que se refere à avaliação que o sujeito faz da sua atractividade física estando relacionada com a aparência física. No entanto, a perda de peso nem sempre garante uma imagem corporal positiva ou normal (Rosen, 2000).

O excesso de peso em conjugação com a pressão social e cultural pode levar o indivíduo obeso a desenvolver uma aversão pelo seu corpo com repercussões ao nível da adaptação psicossocial (Viana, 2002). Os sujeitos com obesidade mórbida podem perceber a sua imagem corporal como disforme e sentirem-se objecto de atitudes hostis e desagradáveis por parte dos outros. A sua imagem passa assim a ser uma das suas principais preocupações sendo que a magreza passa a ocupar o primeiro lugar na sua escala de valores (Hernani, 2001).

O corpo corpulento normalmente não é aceite pelo próprio e muito menos é aceitável pelos outros. É esta a opinião de diversos investigadores que estudaram a obesidade através do uso de questionários (Fisher, 1986). Alguns autores (citados por Fisher, 1986) afirmam que os obesos se encontram particularmente inclinados a evitar olharem-se a si próprios no espelho sendo que a maioria dos obesos considera o seu corpo ridículo e desprezível.

A investigação sugere que entre 61% e 89% da população feminina tenta restringir a ingestão de comida em algum período da vida devido à insatisfação com o próprio corpo (Ogden, 2004; Santos & Baptista, 2004). Esta restrição é determinada pelo elogio da magreza (Carmo, 2003). A insatisfação com o corpo tem

sido conceptualizada como uma estimativa distorcida da dimensão do corpo e a percepção de que o corpo é maior do que aquilo que na realidade é (Ogden, 2004).

Alguns estudos referem que os sujeitos definidos como portadores de perturbações alimentares apresentavam sistematicamente uma maior distorção perceptiva do que sujeitos não clínicos, os sujeitos que fazem dieta apresentam maior insatisfação com o corpo do que os que não fazem dieta, assim como as mulheres apresentam uma maior insatisfação com o corpo do que os homens (Ogden, 2004). Salienta-se assim a importância da imagem corporal no surgimento e manutenção das perturbações do comportamento alimentar e obesidade (Santos et al, 2004).

Deste modo, segundo Ogden (2004) a insatisfação com o corpo pode ser conceptualizada através da discrepância entre a percepção que o sujeito tem da dimensão do corpo e a sua real dimensão, a discrepância entre a percepção da dimensão real do corpo comparada com a dimensão ideal, ou, como sentimentos de insatisfação com a dimensão e forma do corpo.

A insatisfação com o corpo pode ter diversas origens. Relativamente aos factores psicológicos salientamos o papel das crenças (perturbação do comportamento alimentar como resposta a crenças dos próprios sujeitos e dos elementos da sua família) e da relação mãe-filha (em que uma relação alterada mãe-filha poderia originar insatisfação com o próprio corpo por parte da filha) (Ogden, 2004; Straub, 2005). Podemos ainda considerar os factores sócio-culturais assim como os factores de predisposição individuais (Santos & Baptista, 2004).

O primeiro modelo teórico do papel da imagem corporal na fenomenologia das perturbações alimentares foi apresentado por Bruch. Thompson (1996) acrescenta que apesar da especificidade sintomatológica de cada perturbação do comportamento alimentar o factor insatisfação com a imagem corporal é descrito em todas as perturbações. Assim, o tratamento deve incidir não só no comportamento alimentar mas também na mudança da percepção da imagem corporal. Relativamente à obesidade, vários factores influenciam a insatisfação corporal no entanto, uma perda de peso não significa necessariamente uma melhoria na imagem corporal. Os obesos avaliam assim a sua auto-estima em função da sua forma e peso corporais, isto é, são perturbados por distorções cognitivas sobre a forma e peso do seu corpo (Santos et al, 2004).

A insatisfação com o corpo encontra-se consistentemente relacionada com as dietas e a tentativa de comer menos (Ogden, 2004).

Com base no estudo efectuado por Foster et al (citado por Straub, 2005) onde avaliaram a imagem corporal em 59 mulheres obesas antes, durante e depois de um tratamento para perda de peso, concluíram que a perda de peso estava associada a melhoras significativas nas avaliações das participantes da sua satisfação com o peso e a aparência sendo que a melhoria na imagem corporal não estava relacionada com a quantidade de peso perdido (Straub, 2005).

O facto que a preocupação com o peso não desapareça após a aquisição de um peso considerado dentro dos limites normais, pode sugerir que estes sujeitos apresentam uma perturbação da imagem corporal semelhante à dos sujeitos com Perturbações do Comportamento Alimentar (Hernani, 2001). A alteração da imagem corporal pode fazer parte da sintomatologia de outro processo que não esteja relacionado com a alimentação e que portanto não se modifique após a perda de peso.

De facto, Hernani (2001) menciona a existência de uma proporção de sujeitos obesos alexitímicos que projectam o seu mal-estar emocional na obesidade em vez de identificarem as causas originais deste. Deste modo, uma imagem corporal negativa nos sujeitos obesos pode continuar a manifestar-se apesar da perda de peso que obtenham.

Com base na investigação de Adami et al (1999) que avaliaram a relação entre a imagem corporal e o peso corporal em sujeitos obesos submetidos a cirurgia bariátrica e com base em instrumentos psicométricos, concluíram que a perda de peso corresponde a uma normalização na insatisfação corporal e na atractividade física.

Thompson et al (1996) caracterizam o conceito de imagem corporal como a representação interna da própria aparência externa, podendo esta representação interna estar associada a sentimentos e pensamentos disfuncionais e inclusive modificar comportamentos em determinadas situações. Quando a auto-avaliação é negativa pode originar estados depressivos sendo deste modo a imagem corporal um precursor do desajustamento emocional.

A preocupação que o sujeito tem com a sua imagem corporal deve ser avaliada no início e durante o tratamento, de preferência com medidas multidimensionais que mapeiem os aspectos cognitivos e comportamentais (Grilo, 2000).

É fundamental avaliar a imagem corporal nos sujeitos com e sem diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar uma vez que a insatisfação com a imagem corporal é um preditor consistente no desenvolvimento destas (Santos & Baptista, 2004).

Os sujeitos obesos podem experimentar uma imagem corporal negativa como consequência da sua obesidade podendo inclusive estabelecer objectivos de peso irrealistas. No entanto, nem todos os sujeitos experimentam uma imagem corporal negativa, mas, um subgrupo destes pode apresentar perturbação da imagem corporal. Para alguns sujeitos a perda de peso melhora a imagem corporal, enquanto outros beneficiariam de um tratamento específico direccionado para melhorar a sua imagem corporal.

Na experiência efectuada na Universidade de Rockefeller por Glucksman & Hirsch (Fisher, 1986), considerou-se que existe um “paradigma da imagem corporal fantasma”. Isto é, especulam que os sujeitos que são obesos desde a infância têm uma imagem corporal fixa que não se altera à mesma velocidade que perdem peso. Assim, os obesos sobreestimam a sua configuração corporal porque ao perderem peso estão ainda agarrados à sua imagem corporal fantasma.

Alguns investigadores (citados por Faith & Allison, 2000) propuseram uma associação entre distúrbios emocionais e gordura abdominal em vez do IMC. Referem que os distúrbios emocionais, os medicamentos antidepressivos, os pesadelos nocturnos e os tranquilizantes, podem estar mais associados com a gordura abdominal do que com o IMC.

Estudos antropométricos referem que o perímetro abdominal assim como o das ancas são melhores preditores da insatisfação corporal nas mulheres do que o grau de peso em excesso (Rosen, 2000). No estudo de Rosen et al (citado por Rosen, 2000) 35% das mulheres obesas apresentavam preocupações com a sua aparência, para além da obesidade, a nível da altura, traços faciais, cicatrizes, tamanho e forma do peito.

Thompson, Penner & Altabe (1990) realizaram um estudo de modo a examinar a relação entre o IMC e dois domínios da imagem corporal: a componente perceptiva e a componente atitudinal. A componente perceptiva diz respeito à acuracia com que o sujeito percebe as diversas partes do corpo, enquanto que a componente atitudinal diz respeito aos pensamentos, sentimentos e reacções comportamentais ao próprio corpo. Assim, os obesos demonstraram uma tendência a

sobreestimar as dimensões corporais. No entanto, alguns estudos reportam uma acurácia adequada por parte dos obesos, alguns sujeitos não obesos sobreestimam as dimensões do corpo em níveis comparados com os dos sujeitos obesos, e, a sobreestimação do tamanho corporal não se correlaciona com a depressão nem com o neuroticismo nos obesos. Em relação à componente atitudinal, não parece existir uma relação simples entre o IMC e a insatisfação corporal. Cash & Hicks (1990) demonstraram a existência de uma relação significativa entre o peso percebido, em vez do peso actual, e a insatisfação corporal. Por fim, alguns sub grupos de obesos experimentam com maior facilidade uma perturbação atitudinal da imagem corporal do que outros. Assim, sujeitos que realizam ingestão compulsiva estão mais predispostos a apresentarem preocupações com o seu peso; as mulheres obesas normalmente referem mais insatisfação corporal do que os homens, e, segundo Stunkard & Mendelson (1967) os sujeitos obesos com distúrbios emocionais apresentam maiores distúrbios atitudinais da imagem corporal.

A preocupação com a Imagem Corporal é comum aos dois sexos sendo citada como um factor de motivação para a realização de dietas e início de tratamentos com vista à redução de peso nos sujeitos mais jovens, enquanto que nas mulheres obesas adultas a preocupação com os benefícios da saúde são referidos como mais importantes (Rosen, 2000). Recentemente, considerou-se que a insatisfação corporal está associada com a recuperação do peso após uma perda inicial (Grilo, 2000).

Como a obesidade é estigmatizada socialmente, não é surpreendente que muitos sujeitos obesos desenvolvam uma imagem corporal negativa. Estudos com amostras não clínicas mostram que os obesos não diferem dos não obesos nos sintomas psicológicos, psicopatológicos e de personalidade. A única diferença consistente é a que emerge da comparação na imagem corporal (Rosen, 2000). Os obesos tendem a sobreestimar ou distorcer o seu tamanho corporal e a evitar situações sociais devido à sua aparência. Os três componentes da imagem corporal: percepção, cognição e afecto podem ser áreas mais problemáticas para os obesos.

Na área do tratamento da obesidade a imagem corporal tem sido negligenciada sendo que os poucos estudos existentes dizem respeito a sujeitos que efectuaram bypass gástrico. Segundo Adami, Gandolfo, Campostano, Bauer, Cocchi e Scopinaro (1994) os sujeitos obesos submetidos a bypass gástrico demonstraram uma melhoria na sua imagem corporal após a realização da cirurgia. No entanto,

qualquer melhoria na imagem corporal que acompanhe a perda de peso é infelizmente temporária devido à possibilidade de aumentar novamente de peso.

Uma das dificuldades em estudar a imagem corporal de sujeitos obesos passa pela falta de uma definição diagnóstica para um problema clínico. No DSM não existe uma categoria diagnóstica que enquadre a perturbação da imagem corporal em sujeitos que possuam uma aparência física alterada (Rosen, 2000). Os sujeitos obesos têm uma condição física real, e não imaginária, sendo objectos de uma avaliação social negativa. Os sujeitos obesos podem não imaginar a sua obesidade como uma pessoa com bulimia o faz. Este tipo de distorção da imagem corporal é um dos componentes de uma imagem corporal negativa, sendo os outros componentes as atitudes e os comportamentos (Rosen, 2000). Assim, as queixas acerca da imagem corporal podem alcançar um ponto disfuncional no continuum onde a intervenção psicológica é necessária. Thompson (1992) propôs um diagnóstico alternativo – perturbação da imagem corporal – que acomoda as preocupações com a aparência em dois subgrupos: pessoas com defeitos mínimos ou perturbação corporal dismórfica e, aquelas com verdadeiros defeitos físicos.

Uma vez que as medidas da imagem corporal se correlacionam significativamente com a percentagem de excesso de peso, os “cut off scores” deveriam ser baseados em normas para sujeitos obesos. Infelizmente não existem normas para sujeitos obesos no que diz respeito às medidas da imagem corporal (Rosen, 2000). Os factores de uma imagem corporal negativa incluem: preocupação com a aparência, auto-conscienciosidade e embaraço em situações sociais, “distress” quando a aparência é apontada pelos outros, importância excessiva dada à aparência em situações de auto-avaliação, auto-avaliação negativa atribuída à aparência, e, evitamento de actividades devido à tomada de consciência da sua aparência (Rosen, 2000).

Rosen (2000) sugere algumas “guidelines” que devem ser integradas numa terapia direccionada para a Imagem Corporal: informação sobre o desenvolvimento da imagem corporal, exposição ao tamanho do corpo, reestruturação cognitiva, prevenção da exposição, coping com estereótipos, e, integração da imagem corporal na perda de peso.

Os obesos que iniciam um programa de perda de peso com o objectivo de adquirirem uma imagem física ideal, devem ser confrontados com as suas

capacidades biológicas e comportamentais reais de modo a não serem acentuados sentimentos de falha (Rosen, 2000).

A maior consequência psicossocial da obesidade é a insatisfação com a imagem corporal. Esta é comum entre obesos o que reforça a necessidade de uma definição clínica adequada. No entanto, a prevalência de uma imagem corporal negativa nos sujeitos obesos é desconhecida, assim como a significância da imagem corporal nos obesos como resposta a um tratamento de obesidade é desconhecida.

Stunkard & Mendelson (1967) acrescentam que os sentimentos e atitudes negativas sobre o corpo estavam presentes em mais de 50% dos sujeitos obesos entrevistados, embora a disfuncionalidade a nível da imagem corporal ocorresse exclusivamente em sujeitos que desenvolveram obesidade durante a infância e a adolescência. Simultaneamente, os obesos adultos apresentavam menos acurácia nas medidas de percepção da imagem corporal sobreestimando as suas dimensões corporais em 6 a 12%. Este padrão de sobreestimação foi igualmente encontrado em sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica (Fettes & Williams, 2000).

Barros (1996), ao estudar a imagem corporal nos sujeitos obesos, considera a perturbação da auto-imagem como um factor psicopatológico do indivíduo. Assim, o distúrbio da imagem corporal é encontrado em torno de 40 a 50% dos obesos.

É comum encontrar-se em obesos uma auto-imagem depreciativa com consequente prejuízo nas relações sociais. Sabe-se que os sujeitos obesos são com frequência discriminados em contextos educacionais, profissionais e sociais, o que gera ansiedade, raiva e dúvidas em relação a si próprios.

Kathalian (1992) faz referência à imagem corporal, explicando que a imagem que as pessoas introjectam acontece através do processo de identificação com figuras representativas da família.

As experiências afectivas do sujeito desempenham um papel mais determinante para a constituição da sua imagem corporal do que as percepções objectivas referentes à sua forma física. Assim, a imagem corporal poderá não estar ligada ao corpo real mas sim ao corpo simbólico, produto de experiências afectivas ao longo do ciclo de vida (Peres, 2006). Deste modo, a qualidade da imagem corporal de um sujeito encontra-se ligada à consistência do sistema de identidade, sistema esse que é influenciado pelas representações das primeiras relações de objecto elaboradas durante a infância (Peres, 2006).

As fantasias primárias e os vestígios mnésicos precipitados a partir de experiências emocionais rudimentares de relacionamento com o corpo do outro e com o próprio corpo, por outro, são decisivos para o estabelecimento das referidas representações. Consequentemente pode-se propor que a imagem corporal se destaca como uma importante faceta da personalidade, isto é, da organização afectiva e cognitiva que caracteriza o sujeito e determina o seu comportamento (Peres, 2006, pp.362).

A utilização de técnicas projectivas na área da imagem corporal permite-nos ter acesso aos conteúdos inconscientes do sujeito

Instrumentos Psicológicos na área da Imagem Corporal

Na avaliação da Imagem Corporal, podemos utilizar os seguintes Instrumentos: 1) “Body Shape Questionnaire” - B.S.Q. de Cooper e col (1987) que permite avaliar o nível de ansiedade que os sujeitos experimentam em relação ao corpo fornecendo uma avaliação contínua e descritiva das perturbações da imagem corporal numa população clínica e não-clínica; 2) Desenho da figura de Humana; 3) Teste projectivo do Rorschach; 4) “Body Attitudes Test” - BAT de Coppenolle e col (1984) que avalia o grau de satisfação que os sujeitos têm com a sua imagem corporal assim como a atitude face a ela; 5) “Body Attitude Questionnaire” – BAQ, composto por seis sub-escalas que avaliam a experiência corporal; 6) “Body Cathexis Scale” de Secord & Jourard (1953) que permite avaliar a atitude face à imagem corporal; 6) “Body Self Relations Questionnaire” - BSRQ de Winstead & Cash (1994) que mede as preocupações com a forma do corpo; e, 7) “Body Image Avoidance Questionnaire” - BIAQ de Rosen e tal (1991) composta por 19 itens que abordam o evitamento da imagem corporal.

Pretende-se deste modo estudar a possível relação entre Factores de Personalidade, Comportamento Alimentar e Imagem Corporal nos sujeitos diagnosticados com Obesidade Mórbida.

MÉTODO

Participantes

Definiu-se como população para este estudo sujeitos que possuíssem como diagnóstico médico Obesidade Mórbida, e fossem candidatos a Cirurgia Bariátrica ou a tivessem efectuado num passado próximo (menos de cinco anos).

A amostra é composta por um grupo clínico de 56 sujeitos, embora fosse pretendido um número mais elevado de participantes, com 85.7% dos sujeitos pertencentes ao sexo feminino e 14.3% ao sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 70 anos ($M=42.5$, $SD=11.1$), com diagnóstico médico de Obesidade Mórbida.

Os sujeitos que constituíam o grupo clínico cumpriam os critérios de diagnóstico de obesidade mórbida, com base no IMC, sendo diagnosticados pelos técnicos responsáveis pelo tratamento pertencentes às unidades onde se encontravam em acompanhamento. Deste modo, os critérios utilizados para a candidatura a cirurgia bariátrica foram os recomendados pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade.

Assim, os critérios de inclusão dos participantes, tendo em conta que estes são sujeitos considerados “doentes crónicos”, consistem em: 1) serem portadores do diagnóstico de Obesidade Mórbida; 2) serem candidatos a cirurgia bariátrica ou terem-na realizado há menos de cinco anos; e, 3) terem aceite participar na Investigação.

Foram excluídos deste estudo por motivos de conveniência e tentativa de homogeneidade da amostra, os sujeitos que, apesar de portadores do diagnóstico de Obesidade Mórbida, não iriam ser submetidos a cirurgia bariátrica; e os sujeitos que não aceitassem participar na Investigação.

Foi utilizado um modelo de amostragem não-causal com um método de amostragem por conveniência embora se pretendesse um método de amostragem aleatório.

Uma vez que se trata de um estudo exploratório que utilizou uma amostra de conveniência, não foi possível estimar previamente o tamanho da amostra com base no cálculo do poder estatístico.

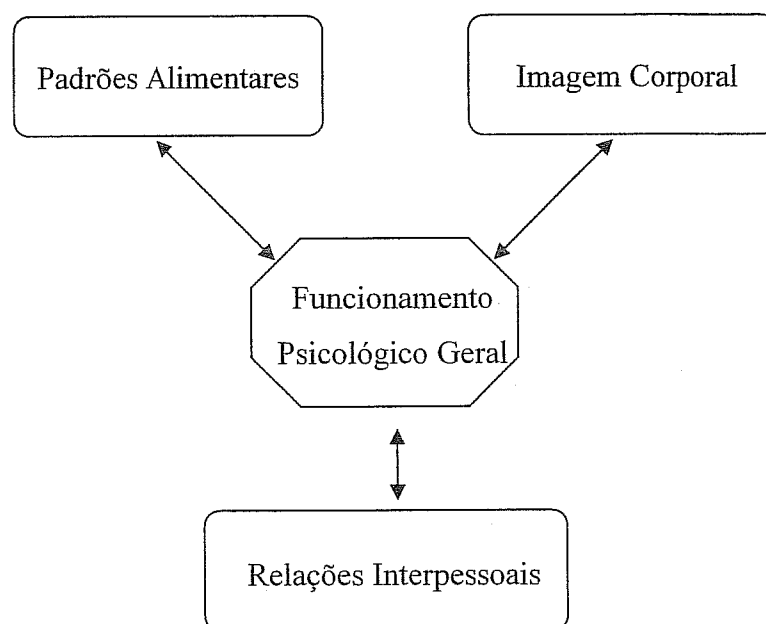
Estamos perante um desenho descritivo e transversal, com um método exploratório. Descritivo uma vez que os objectivos deste passam pela disponibilização de informação sobre a população em estudo, focando-se um único grupo; transversal uma vez que os dados são recolhidos num único momento.

Pretendeu-se deste modo recolher informações sobre esta população não sendo objectivo desta investigação explicar o porquê da ocorrência de determinados fenómenos.

Instrumentos

É um trabalho complexo propor uma bateria de avaliação psicológica para todos os obesos devido à sua heterogeneidade. No entanto, segundo Faith & Allison (2000) aquando da realização da avaliação psicológica devem-se ter em conta os constructos: Relações interpessoais, Padrão alimentar e Imagem Corporal (Figura 6).

Figura 6: Esquema heurístico para conduzir a avaliação psicológica nos sujeitos obesos (adaptado de Faith & Allison, 2000).



Deste modo, os Instrumentos utilizados na nossa Investigação foram: 1) Questionário de caracterização da amostra; 2) Inventário de Personalidade NEO-PI-R na Forma S; 3) Questionário Holandês do Comportamento Alimentar D.E.B.Q.; e, 4) Desenho da Figura Humana.

No caso do Questionário de caracterização da amostra, do NEO-PI-R e do DEBQ, a avaliação foi efectuada através de questionários, anónimos e de auto-resposta.

Questionário de Caracterização da Amostra

O Questionário de Caracterização da Amostra é um instrumento descritivo elaborado com a finalidade de recolher informação que permita descrever esta amostra (Anexo C). Pretendeu recolher informação sobre: 1) aspectos sócio-demográficos; 2) história de obesidade; e, 3) Cirurgia (caso o sujeito já a tivesse realizado).

No que diz respeito aos aspectos sócio-demográficos caracterizámos as seguintes variáveis: 1) “Sexo”; 2) “Idade”; 3) “Estado Civil”; 4) “Raça”; 5) “Área de Residência”; 6) “Escolaridade/Habilitações Literárias”; 7) “Profissão”; e, 8) “Situação Profissional”.

Relativamente à informação sobre a história de obesidade do sujeito, procurámos caracterizar os participantes deste estudo em termos de: 1) “Peso Actual” (Pactual) e “Altura” de modo a obtermos o “Índice de Massa Corporal” (I.M.C.) no presente momento, que passaremos a designar por I.M.C.actual; 2) “Peso Mínimo e Máximo” que os sujeitos apresentaram ao longo da sua vida, sendo respectivamente “Pmin” e “Pmax”, assim como o Peso que cada participante considera ser o seu ideal (“Pideal”); 3) “Início do Aumento de Peso”; 4) “Atribuição Causal da Obesidade”; 5) “História Familiar de Obesidade”; 6) utilização de Técnicos de Saúde para perda de peso; 7) Métodos utilizados para a perda de peso; 8) Idade de início das tentativas de perda de peso; e, 9) benefícios retirados.

Quanto à informação relativa à cirurgia: 1) tipo de cirurgia; 2) data da cirurgia; e, 3) satisfação face ao procedimento cirúrgico utilizado.

No caso dos participantes já submetidos a cirurgia optámos por calcular ainda o “Peso aquando da Cirurgia” (designado por PCrg) assim como o Índice de Massa Corporal aquando desta, designado por I.M.C.crg, de modo a obtermos a “Perda de Peso Ponderal” (Ppondral), isto é, a quantidade de peso, em Kg, que o sujeito perdeu desde a data da realização da cirurgia até Junho de 2006.

Na totalidade o questionário aborda 24 questões, de resposta fechada e aberta. As questões são colocadas directamente ao sujeito não sendo passíveis de contraprova.

Inventário de Personalidade NEO-PI-R

O Inventário de Personalidade NEO-PI-R é uma medida de cinco dimensões da personalidade, assim como de alguns traços/facetas que definem cada um dos domínios (Lima, 1997). Este inventário vem operacionalizar o modelo sobre a estrutura da personalidade – o Modelo dos cinco factores (Lima & Simões, 1997).

É um inventário de auto-preenchimento com 240 itens, sendo uma medida das cinco principais dimensões, ou domínios, da personalidade: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C); e trinta escalas das facetas ou traços que definem cada um dos domínios (Anexo D), o que permite uma avaliação compreensiva da personalidade (Lima, 1997; Lima & Simões, 2000; Timmerman, 2004). Trata-se de um inventário actual que avalia de uma forma abrangente as dimensões da personalidade adulta, o que justificou a sua adaptação e validação para Portugal (Lima & Simões, 1997).

O NEO-PI-R é composto por três versões: a forma R, para avaliação por observadores; a forma S, para auto-avaliação; e o NEO-FFI (Botwin, 2004). A forma R tem 240 itens escritos na terceira pessoa, a forma S é composta igualmente por 240 itens sendo auto-administrada (Lima, 1997). Em ambas as formas as respostas são apresentadas numa escala de cinco pontos. McCrae (citado por Lima, 1997) propôs um índice para avaliar o acordo inter-observadores sobre o perfil de personalidade do sujeito obtendo-se correlações entre .86 e .95. (Botwin, 2004). O NEO-FFI apresenta-se como uma versão reduzida composta por 60 itens, no entanto, este apenas mede os domínios não considerando as facetas.

Perspectiva Histórica

Em 1978 Costa & McCrae construíram o Inventário NEO, composto por três domínios de 18 escalas de traços medindo-se deste modo o Neuroticismo, Extroversão e a Abertura à Experiência. Cinco anos depois, em 1983, foram adicionadas escalas com 18 itens para medir a Amabilidade e a Conscienciosidade,

sendo este publicado em 1985 sob o nome “NEO Personality Inventory” ou NEO-PI contendo 181 itens. Em 1990 completaram-se as escalas para as facetas Amabilidade e Conscienciosidade, tendo ainda sido feitas algumas alterações às outras escalas. Em 1992 é então publicado o NEO-PI-R (“NEO Personality Inventory – Revised”) com um total de 240 itens. Todas estas alterações tiveram como objectivo a melhoria da consistência interna e a validade de diversas escalas das facetas (Lima, 1997) tendo para isso sido realizada uma selecção mais criteriosa da amostra normativa uma vez que a anterior não era representativa da população (Botwin, 2004).

Actualmente o NEO-PI-R é aplicado em investigação, na clínica e a nível vocacional (Lima, 1997; Lima & Simões, 2000; Timmerman, 2004).

O NEO-PI-R

O Inventário de Personalidade NEO-PI-R é composto pelo manual respectivo, por cadernos reutilizáveis com os itens para a forma S (para auto-avaliação) e R (para avaliação por observadores), folhas de respostas de cotação manual e informática, folhas de perfil e folhas de sumário (Lima, 1997; Lima & Simões, 2000). A forma S é composta por 240 itens, aos quais se responde através de uma escala de Likert com cinco opções sendo auto-administrada. A forma R é igualmente composta por 240 itens mas escritos na terceira pessoa e destinada à avaliação por um terceiro elemento. Nesta investigação optámos pela utilização exclusiva da forma S.

Na forma S, a título de exemplo, as questões são apresentadas do seguinte modo:

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
1. Não sou uma pessoa preocupada.					

Requer como condições de aplicação uma idade não inferior a 17 anos, a não existência de diagnóstico de psicose e demência, e, que o sujeito esteja apto a completar medidas de auto-avaliação de forma válida (Lima, 1997; Lima & Simões, 2000). É um inventário que se destina a sujeitos de todos os níveis de escolaridade e proveniência social e que se encontrem em contextos díspares como psicologia da saúde ou investigação (Lima & Simões, 2003).

Pode ser administrado individualmente ou em grupo não existindo tempo limite de preenchimento. Um procedimento alternativo ao padronizado, e referido pelos autores, é o preenchimento do Inventário em casa, quando as circunstâncias assim o exigem, sem que haja perda de validade (Lima, 1997; Lima & Simões, 2000; Lima & Simões, 2003).

Relativamente a situações de validade das respostas, caso o sujeito não tenha respondido a 41 respostas ou mais, o NEO-PI-R não deve ser cotado. Se não for este o caso, os dados omissos devem ser assinalados como respostas neutras (Lima & Simões, 2000). Aplica-se a mesma situação caso o sujeito responda “Discordo Fortemente” a mais de seis itens seguidos, “Discordo” a mais de nove itens seguidos, “Neutro” a mais de 10 itens consecutivos, “Concordo” a mais de 14 itens e “Concordo Fortemente” a mais de 9 itens consecutivos (Lima, 1997; Lima & Simões, 2000).

Os itens A, B, e C (“validity checks”) permitem-nos que caso o sujeito responda “discordo” ou “discordo fortemente” ao item A o teste fique invalidado. Fica igualmente invalidado caso o sujeito responda negativamente ao item C. As escalas do NEO-PI-R estão construídas tendo em conta os efeitos de aquiescência. Para verificarmos se o efeito de aquiescência está presente devemos contar o número de respostas afirmativas. Se o sujeito assinalou mais de 150 respostas com “concordo” ou “concordo fortemente” a interpretação do teste deverá ser efectuada com precaução (Lima & Simões, 2000).

Para calcular as pontuações totais das facetas devem-se somar os oito itens que compõem cada um delas sendo que a pontuação total dos domínios é obtida através do somatório das respectivas seis facetas que o compõem.

No que diz respeito à interpretação dos resultados, devemos ter em conta que as escalas do NEO-PI-R, que representam dimensões contínuas, medem traços, cujas pontuações se aproximam do modelo da distribuição normal (Lima, 1997; Lima & Simões, 2000; Lima & Simões, 2003). Os scores obtidos pelos sujeitos nas várias facetas são comparativos sendo que as escalas apresentam dimensões contínuas. Deste modo a interpretação dos resultados deve ser iniciada pelas escalas dos cinco domínios passando-se em seguida para as facetas. Para calcular as pontuações totais de cada uma das facetas devemos somar os oito itens que compõem cada uma delas. Para obter as pontuações dos factores, somamos as pontuações das seis facetas que constituem cada um deles (Lima & Simões, 2000).

Assim, os resultados devem ser sumariados em cinco níveis: muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto; uma vez que deste modo se obtém uma distinção mais precisa dos resultados relativamente às respostas dicotómicas (Lima, 1997). Cerca de 38% dos sujeitos têm pontuações que podem ser enquadradas na amplitude média (T=45 a 55), 24% na alta (T=56 a 65) e na baixa (T=35 a 40), 7% na amplitude muito alta (T=66 e superior) e na muito baixa (T=34 e inferior) (Lima & Simões, 2003). É de salientar que não existem perfis de personalidade para grupos clínicos, isto é, não existem pontos discriminantes que separem as pontuações consideradas normais daquelas que podem indicar psicopatologia. Deste modo, as pontuações brutas obtidas neste Inventário só adquirem sentido quando comparadas com as respostas de outros sujeitos (Lima & Simões, 2003).

Através da descrição do posicionamento do sujeito nas cinco dimensões, obtém-se um esquema compreensivo, que sintetiza o seu estilo emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal e motivacional (Lima & Simões, 2003). As pontuações obtidas, a nível das escalas das facetas, proporcionam uma análise mais fina porque possibilitam a medição dos traços específicos, de cada domínio. De qualquer maneira, as interpretações devem ser sempre consideradas aproximações provisórias e, por conseguinte, falíveis.

O relatório do NEO-PI-R que irá ser a base da interpretação dos resultados, apresenta o perfil do sujeito, com a lista dos dados brutos, pontuações T e as amplitudes máxima e mínimas das pontuações para os domínios e facetas. A secção intitulada “bases para a interpretação” identifica a fonte dos dados e o grupo normativo seleccionado para comparação, conferindo ainda informação sobre as pontuações obtidas nos cinco domínios, que são utilizadas como pilares para a interpretação global da personalidade. Assim, o material para interpretação divide-se em: descrição global da personalidade (com base nos cinco domínios), interpretação pormenorizada das facetas, e, correlação com outros constructos com possíveis implicações. Estes relatórios devem ser considerados, segundo Lima & Simões (2003) como um conjunto de inferências estatísticas. Em caso de necessidade este Inventário permite distribuir aos sujeitos avaliados uma folha de sumário com uma descrição abreviada da personalidade nos cinco domínios.

Apresentamos em Anexo (Anexo E) o significado de cada um dos domínios e facetas.

Desenvolvimento e Validação do NEO-PI-R

A fidelidade do NEO-PI-R (versão americana) tem sido estudada em investigações longitudinais de longa duração obtendo-se coeficientes de estabilidade que variam entre .68 e .83 (Lima, 1997). Quanto à validade (Lima, 1997), estudos efectuados sobre a validade convergente e discriminante do NEO-PI-R apontam no sentido de que o inventário avalia as variáveis propostas, isto é, os cinco factores e as 30 facetas. Diversos estudos foram efectuados por Costa e McCrae (citado por Botwin, 2004) para testar da validade do NEO-PI-R. Assim, as escalas do NEO-PI-R foram correlacionadas com diversos instrumentos, tal como o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI), tendo-se obtido resultados satisfatórios.

Mas, duas das críticas que se realizam a este inventário, são por um lado a inexistência de uma escala específica para detecção da fraude ou mentira, e, a inexistência de uma escala para medir as respostas socialmente desejáveis (Lima, 1997, Lima & Simões, 2000; Botwin, 2004). A não inclusão de uma escala deste tipo baseia-se na ideia de que a desejabilidade social não é uma ameaça à validade das escalas do NEO-PI-R porque não são susceptíveis a este tipo de influência sendo contraproducente a sua utilização (Lima, 1997).

Validade

Com base no estudo-piloto efectuado por Lima (1997) no âmbito da Dissertação de Doutoramento, o NEO-PI-R (versão portuguesa) apresenta validade factorial convergente e discriminante. Com vista à sua validação, o NEO-PI-R foi aplicado à amostra em conjunto com o Questionário de Personalidade de Eysenck (EPQ), Inventário de Interesses Vocacionais (IIV), O Questionário de Agressividade (AQ), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e a Escala de Afectividade Positiva e Negativa (PANAS) (Lima & Simões, 1997). Deste modo, Lima (1997) conclui que existe uma correlação significativa de .792 ($p < .0001$) entre a escala N do EPQ e a escala N do NEO-PI-R e, entre a escala E do NEO-PI-R e o E do EPQ no valor de .672. A correlação entre N e as PANAS (-.412) e entre E e as PANAS (.363) vai na direcção dos valores apresentados por autores anteriores (Lima, 1997). Igualmente

de encontro aos dados referidos na literatura é a relação entre o AQ e a escala N (.465) (Lima, 1997).

Em resumo, para testar a validade do NEO-PI-R (versão portuguesa), a autora procedeu a uma análise factorial das 30 facetas (relativamente às rotações dirigidas realizou três análises factoriais: uma da amostra completa, duas de sub amostras da amostra definitiva) concluindo que existe uma correlação significativa com os outros instrumentos utilizados, o que indica que o inventário avalia os cinco factores (Lima & Simões, 1997).

Fidelidade

No que diz respeito à fidelidade, Lima (1997) examinou a consistência interna do NEO-PI-R (versão portuguesa) através do cálculo do coeficiente *alfa de Cronbach* e correlações item/total, obtendo correlações positivas significativas entre as facetas e os domínios e, com valores semelhantes aos resultados obtidos com as amostras americanas e a amostra-piloto (Lima & Simões, 1997). Das 150 correlações efectuadas, 30 delas, positivas e significativas, verificaram-se entre a faceta e seu factor correspondente, e 21 correlações secundárias verificaram-se entre uma faceta e um domínio que não o seu. Na amostra americana foram 25 as correlações secundárias (Lima & Simões, 1997). No entanto, após a realização do estudo empírico definitivo, oito itens revelaram necessidade de ser revistos, isto porque, segundo Lima (1997) um item considerado inicialmente pertinente pode revelar-se inadequado para avaliar o construto pretendido.

Com base no estudo definitivo efectuado por Lima (1997), as predições que a autora tinha relativamente à estrutura factorial, validade e fidelidade do NEO-PI-R foram confirmadas. Através da análise factorial a autora conclui que existe a mesma composição factorial nas amostras portuguesa e americana.

Avaliação Crítica do NEO-PI-R

O NEO-PI-R é um dos primeiros questionários a operacionalizar o modelo dos cinco factores sendo um inventário inovador e tradicional, que abarca uma grande variedade de constructos na sua interpretação, tendo as suas qualidades

psicométricas sido comprovadas com várias populações de diversos países (Lima & Simões, 2000).

Citando Lima & Simões (2003) uma das limitações assinaladas em relação ao NEO-PI-R é “a sua decomposição, perfeitamente regular, em seis facetas. Esta aparente simetria é tão rigorosa que parece um pouco arbitraria. São ainda aspectos controversos do inventário a inexistência de uma escala para medir respostas socialmente desejáveis” (pp.30).

No entanto, são ainda necessários estudos sobre a fidelidade teste/reteste com um curto prazo de intervalo, sobre a fidelidade inter-observadores da forma R, sobre a validade convergente com novos questionários, sobre a validade cumulativa, sobre a psicopatologia e a psicoterapia (Lima & Simões, 2000) e sobre a utilização em contexto de avaliação e selecção (Lima & Simões, 2003). Salienta-se ainda o tamanho do questionário e a possível complexidade do mesmo para alguns sujeitos.

Concluindo, e com base em Lima (1997), a versão portuguesa do NEO-PI-R mede as mesmas dimensões da personalidade que a versão americana, apresentado boas características psicométricas. No entanto, a versão portuguesa apresenta ainda limitações estruturais (Lima, 1997). Costa & McCrae (citado por Botwin, 2004) acrescentam ainda que o NEO-PI-R necessita de mais estudos que demonstrem a validade das novas escalas de faceta para Amabilidade e Conscienciosidade, referindo que um dos “handicaps” deste instrumento é este ter as suas fundações num modelo taxonómico como o Modelo dos cinco factores.

Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (D.E.B.Q.)

O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar ou D.E.B.Q. (“Nederlandse Vragenlijst Voor Eetgedrag” – N.V.V.E., na versão original) de Van Strien, Fritjers, Bergers and Defares (1986) pretende avaliar o comportamento alimentar classificado como estilo alimentar (Viana & Sinde, 2003b). Segundo Viana & Sinde (2003b) o comportamento alimentar abrange o conjunto de atitudes e factores psicossociais implícitos na selecção e decisão de quais os alimentos a ingerir. O estilo alimentar diz respeito à categorização do comportamento alimentar, de acordo com as dimensões psicológicas atribuídas ao estilo, com o objectivo de se estabelecerem diferenças individuais consideradas como determinantes do peso em excesso e do peso deficitário (Viana & Sinde, 2003a).

O D.E.B.Q. avalia as dimensões: restrição alimentar, ingestão emocional (ingestão determinada por factores emocionais) e ingestão externa (ingestão determinada por factores externos).

É um questionário dirigido a jovens (a partir dos 9 anos de idade) e adultos com perturbações do comportamento alimentar, e também na obesidade. No questionário original os autores providenciaram normas para a população obesa e não-obesa. Encontra-se indicado para a investigação do comportamento alimentar em grupos saudáveis ou grupos com comportamento alimentar atípico. É um instrumento de auto-preenchimento que demora cerca de 10 minutos a ser preenchido.

O D.E.B.Q. é um dos instrumentos mais utilizados na investigação sobre comportamento alimentar sendo um dos mais estudados do ponto de vista da validade e de outras características psicométricas (Viana & Sinde, 2003b).

Perspectiva Histórica

O D.E.B.Q. é um questionário obtido a partir de questionários previamente existentes aos quais foram adicionadas outras questões. Foi concebido de maneira a incluir aspectos da teoria sobre os determinantes psicológicos e comportamentais da obesidade e perturbações alimentares (Viana & Sinde, 2003b).

É composto por 33 itens, avaliados numa Escala de Likert de cinco pontos (nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente) divididos em três escalas: a escala de Restrição é composta por 10 itens, a escala de Ingestão Externa é igualmente composta por 10 itens, enquanto que a escala de Ingestão Emocional é composta por 13 itens (Anexo F).

A título de exemplo, o DEBQ apresenta-se do seguinte modo:

	N	R	AV	F	MF
1. Tem desejo de comer quando se sente irritado?					

A validação externa envolveu grupos clínicos de obesos, anorécticas e bulímicas (Viana & Sinde, 2003b).

Segundo Van Strien et al (1986), e com base no seu desenvolvimento e versão holandesa, o D.E.B.Q. apresenta um elevado grau de estabilidade das

dimensões nas escalas do comportamento alimentar. Com base no alpha de Cronbach e no coeficiente de correlação de Pearson, utilizado para medir as relações entre as escalas, regista-se a presença de uma elevada consistência interna a validade factorial. No entanto, a validade externa carece de investigação (Van Strien et al, 1986).

Fundamentação Teórica do D.E.B.Q.

O construto no qual o questionário se baseia, deriva das várias teorias da obesidade e controlo do apetite.

Schachter (citado por Viana & Sinde, 2003b) na sua teoria baseada na dicotomia internalidade /externalidade, refere que no sujeito obeso o comportamento alimentar era função de estímulos externos, defendendo que o obeso era mais susceptível que os restantes sujeitos aos estímulos do ambiente relativos à comida.

Nisbett (1972) considera que cada sujeito possui um peso fixo ideal (set point), dependente de mecanismos fisiológicos homeostáticos, que, nos obesos, seria superior ao das outras pessoas. Assim, devido a pressões exteriores, os obesos tentariam reduzir o peso através da dieta para níveis aquém do suposto peso ideal. Mas, a fome provocada pela dieta tornaria o obeso sensível aos estímulos do ambiente relativos à comida. Existe assim uma preocupação permanente com o corpo e com o que comem, resistindo a comer o que desejam, sendo este estilo alimentar classificado como restritivo.

O conceito de restrição é então utilizado para explicar o como o comportamento alimentar dos obesos se distingua dos padrões dos indivíduos com peso normal. Subjacente ao conceito de restrição está um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição intercalados por ciclos de desinibição. Como efeitos desinibidores da restrição temos factores emocionais, como a ansiedade e a depressão, e, factores cognitivos como a percepção de ultrapassagem do limite auto-imposto. Alguns sujeitos restritivos comem mais quando ansiosos ou deprimidos, enquanto que os sujeitos não restritivos, na mesma condição, tendem a comer menos (Viana & Sinde, 2003b).

O nível de restrição nos obesos é mais elevado do que nos sujeitos eutróficos. Assim, a maior sensibilidade aos estímulos do ambiente pode ser um resultado da restrição alimentar e do desejo da carência não satisfeita, não estando associada à

obesidade como confirma a teoria da externalidade. Deste modo, a apetência dos obesos pelos alimentos seria o resultado directo da dieta (Viana & Sinde, 2003b). Para Greeno & Wing (1994) a restrição alimentar poderá ser um bom predictor da ingestão devido a factores de stress, em vez da obesidade, podendo ser considerada uma pré-condição para a obesidade.

Este questionário torna-se útil no delineamento da abordagem clínica das perturbações do comportamento alimentar. Isto é, os sujeitos restritivos são mais sensíveis à informação sobre a composição calórica dos alimentos e respondem adequadamente às técnicas de modificação do comportamento que envolvem o controlo dos estímulos. Os desinibidos respondem favoravelmente às técnicas de reestruturação cognitiva. As intervenções que permitem identificar e discriminar sensações de fome e saciedade são aconselháveis para sujeitos reactivos aos índices externos (Viana & Sinde, 2003b).

Validação para Portugal

A validação e adaptação do D.E.B.Q. para Portugal ocorreu em 2001, através de Viana & Sinde, tendo-se obtido bons índices de validade e fiabilidade (com base no coeficiente de “alpha de Cronbach” obteve-se na escala de Ingestão Emocional 0.94, na escala de Ingestão Externa 0.81 e na escala de Restrição 0.92). A validade foi verificada através da análise factorial e a fiabilidade através da análise da consistência interna das escalas. A validade externa foi verificada através da associação entre o I.M.C. e as três escalas do estilo alimentar. Obteve-se assim uma correlação positiva significativa entre o I.M.C. e o resultado da escala Restrição, o que realça a importância da restrição alimentar como determinante do peso e do estado de nutrição (Viana & Sinde, 2003b).

Na versão original obteve-se um alpha de cronbach de .94 na escala de restrição, para a população obesa e .95 para a população não obesa (Faith & Allison, 2000).

Interpretação das Escalas

A escala de restrição refere-se ao esforço que o sujeito exerce regularmente para controlar o seu apetite e ingestão de alimentos, envolvendo-se em dietas. A

Ingestão emocional traduz a perda de controlo da ingestão por exposição a factores de stress emocional, implicando desinibição alimentar nessa situação. A ingestão externa diz respeito à desinibição ou perda do controlo que ocorre devido a factores externos intrínsecos aos alimentos ou à situação social em que são ingeridos.

Um resultado elevado numa das dimensões implica um modo de reagir aos alimentos que se traduz num padrão ou estilo alimentar.

Com base nos índices de correlação entre os valores obtidos nas três escalas, verifica-se que a restrição alimentar se correlaciona positivamente com a ingestão emocional ($r=.30$; $p<.001$), a ingestão emocional correlaciona-se positivamente com a ingestão externa ($r=.46$; $p<.001$), e, a restrição e a ingestão externa não se correlacionam significativamente.

Limitações do DEBO

Este instrumento apresenta algumas limitações. Segundo Viana & Sinde (2003b) estas limitações são as das teorias que estão subjacentes ao mesmo, em especial a teoria da restrição. Ogden (1993) refere que a escala de restrição do D.E.B.Q. não distingue, entre os restritivos, aqueles que se envolvem em dietas com sucesso dos que não têm sucesso e desistem. No entanto, este aspecto não influencia a validade do questionário (Viana & Sinde, 2003b).

Teste Projectivo do Desenho da Figura Humana

De entre as técnicas projectivas existentes para o estudo da personalidade, destacamos o Desenho da Figura Humana, bastante utilizado devido à sua fonte frutífera de informação e compreensão da personalidade, além de económica e profunda. De acordo com Anzieu (1978) o desenho da figura humana permite efectuar uma investigação dinâmica e global da personalidade. É um instrumento que permite investigar a personalidade e as características psicológicas (Van Kolck, 1981).

Van Kolck (2001) considera que este teste é constituído de boas condições para a projecção da personalidade, possibilitando a manifestação mais directa de aspectos dos quais o sujeito não tem conhecimento e não quer ou não pode revelar.

O Desenho da Figura Humana disponibiliza dados subjectivos e objectivos sobre o sujeito que desenha, permitindo ao psicólogo realizar um processo de inferência clínica. Esta, no procedimento de exploração da personalidade, vai permitir ao profissional estabelecer uma série de hipóteses psicodinâmicas, que serão utilizadas para formular vários graus de adaptação do sujeito (Busato de Azevedo et al, 2004).

O desenho pode ser uma projecção do auto-conceito, de atitudes, da imagem ideal do eu, uma expressão de padrões e uma expressão de tonalidade emocional (Trinca, 1987).

O corpo pode ser encarado como uma função da sua relação com o seu ambiente. Pertencente ao registo imaginário, a imagem corporal é inconsciente, tem uma base afectiva e é construída e alterada ao longo da vida (Peres, 2002).

O Desenho da Figura Humana remete às imagens internalizadas que o sujeito tem de si mesmo fornecendo elementos de extremo valor para a compreensão de aspectos inconscientes da Imagem Corporal. Ao privilegiar a comunicação gráfica dificulta a utilização dos mecanismos de defesa adoptados de forma consciente durante a aplicação de técnicas verbais (Peres & Santos, 2006).

Perspectiva Histórica

Desde 1885 que se investiga a validade do desenho como meio de investigação psicológica sendo que existem evidências de uma ligação entre o estilo de um desenho e as características de personalidade do sujeito que o produziu daí que se parta do pressuposto de que os desenhos possuem um significado simbólico e permitem um conhecimento do sujeito (Anzieu, 1978; Trinca, 1987).

Machover (1962), adaptou o Desenho da Figura Humana como técnica projectiva da personalidade, afirmando que ao desenhar a figura humana o sujeito projecta a figura de si mesmo assim como os aspectos conscientes e inconscientes da imagem do seu corpo. Quando o sujeito efectua o desenho da figura humana refere-se às imagens internalizadas que tem de si próprio e do outro ocorrendo desta forma a projecção da sua imagem corporal. Assim, o desenho da figura humana oferece um espaço vazio ao sujeito, espaço esse que o sujeito só pode habitar projectando a sua imagem corporal (Azieu, 1978).

As indicações sobre a dinâmica da personalidade projectada no desenho foram descobertas devido ao emprego de certas fontes de evidência: informações a respeito do paciente, associação livre, interpretação dos símbolos pela análise funcional e comparação de um desenho com outro desenho de uma série, ou por comparação com os dados do Rorschach ou TAT; sendo posteriormente reunidas através do método da consistência interna (Campos, 2000).

Podemos referir que a área da interpretação do desenho como técnica projectiva tem como bases fundamentais: 1) o uso dos significados de símbolos da psicanálise derivados do estudo dos sonhos e fantasias, influenciados por determinação do inconsciente; 2) a experiência clínica com os mecanismos de deslocamento e substituição; 3) a associação livre; 4) a evidência empírica; 5) a abundância de simbolização inconsciente nas folhas de desenho de inconsciente dos psicóticos; 6) a correlação entre as projecções dos desenhos ao longo das várias fases de tratamento e o quadro clínico exibido; 7) a consistência interna entre as respostas a um teste de personalidade e o Teste do desenho; e, 8) a estrutura interpretativa do desenho como técnica projectiva fundamenta-se em estudos experimentais (Campos, 2000).

No entanto, os dados projectivos fornecem apenas um corte analítico transversal da unidade e integração da personalidade num dado momento da história de vida do sujeito estudado. As técnicas projectivas não têm como objectivo fornecer uma fórmula completa da personalidade total de um sujeito, mas, sim, proporcionar uma série de informações descritivas e significativas a respeito da personalidade. Os psicólogos utilizam-se dos dados projectivos para interpretação, através do processo de inferência, de modo a chegarem a concepções sobre o sujeito, as quais abarcam um pouco da sua história de vida passada e algumas das suas orientações para o futuro (Busato de Azevedo et al, 2004).

As interpretações elaboradas a partir do material oriundo da aplicação de uma técnica projectiva devem ser confrontados com análises derivadas da utilização de outros instrumentos de modo a obter-se uma compreensão mais abrangente da personalidade.

Procedimento

Sendo um dos objectivos desta investigação o estudo de algumas características pré-determinadas em sujeitos com diagnóstico de Obesidade Mórbida, foi pedido aos participantes que aceitassem participar nesta Investigação que preenchessem um protocolo de investigação.

Assim, após explicar-se por escrito a natureza do estudo, garantir-se a confidencialidade e anonimato dos resultados e esclarecimento de possíveis dúvidas via telefone sobre o preenchimento do protocolo, pediu-se a contribuição voluntária dos participantes para a realização de um estudo sobre factores de personalidade, comportamento alimentar e imagem corporal na Obesidade Mórbida. Os sujeitos foram igualmente informados que poderiam escolher não participar na Investigação sem que daí adviessem quaisquer contrapartidas.

O protocolo era composto por, e pela seguinte ordem: Consentimento Informado, Questionário de caracterização (Anexo C), NEO-PI-R, D.E.B.Q. e Desenho da Figura Humana (Anexo G).

Devido à necessidade de utilização do consentimento informado, foi elaborado um documento no qual o sujeito era informado sobre a investigação, o que teria de fazer e como poderia contactar o investigador caso necessitasse, sendo pedido no final do mesmo a sua assinatura (Anexo H). Este documento constituía a folha de rosto do protocolo.

Ao longo da investigação devemos ter em conta que os participantes da mesma se encontram de algum modo fragilizados pela doença, neste caso, pela obesidade mórbida, sendo que devem ser protegidos os direitos, o bem-estar e a dignidade dos participantes (Ribeiro, 1999). Ao longo desta Investigação a saúde dos participantes foi sempre preservada nunca tendo sido colocada em causa.

No que diz respeito ao Consentimento Informado, seguiram-se as recomendações, e tomou-se como referência, o Código de Nuremberg (Anexo I) e a Declaração da Promoção dos Direitos dos Doentes na Europa (Anexo J), que obrigam ao procedimento do Consentimento Informado na investigação com humanos. O Código de Nuremberg foi desenvolvido no Relatório Belmont e adoptado para Portugal pela Comissão Nacional para a Protecção dos Sujeitos Humanos de Investigação Biomédica e Comportamental (Ribeiro, 2002).

Tentámos que, de acordo com o referido por Ribeiro (1999) esta Investigação não envolvesse o factor de decepção sendo deste modo os participantes informados, através do Consentimento Informado, sobre: a natureza da investigação, a livre participação na investigação sendo possível declinar ou abandonar a mesma sem que qualquer consequência daí adviesse; e, outros aspectos que entretanto fossem colocados via telefone uma vez que foi disponibilizado um número para contacto em caso de necessidade. Tentámos igualmente honrar todos os compromissos previamente assumidos, nomeadamente o direito de confidencialidade e anonimato, assim como o direito de utilização exclusiva da informação não sendo esta passível de partilha com terceiros.

A amostra foi recolhida através de dois métodos. Inicialmente, e por razões relacionadas com a facilitação dos procedimentos de recolha, optou-se por uma Instituição de saúde privada sediada no Distrito de Lisboa. Posteriormente, e em simultâneo com a primeira opção, iniciou-se a recolha via CTT, a nível nacional, com recurso a uma base de dados previamente elaborada por um terceiro elemento.

No caso da recolha efectuada junto da Instituição de saúde privada, o protocolo foi entregue pessoalmente aos participantes através de um Técnico de Saúde devendo o protocolo ser devolvido a este mesmo Técnico. Na recolha efectuada via CTT foram utilizados os dados pessoais dos sujeitos (nome e morada) disponibilizados igualmente por um Técnico de Saúde. Neste caso, foi remetido em envelope branco via CTT um exemplar do protocolo, para cada sujeito, juntamente com um envelope verde pré-pago e previamente endereçado para uma determinada Caixa Postal, de modo a que após o preenchimento do protocolo o sujeito pudesse devolver o mesmo sem encargos adicionais.

O protocolo assim como o envelope verde pré-pago eram ambos objecto de anonimato. Somente no consentimento informado vinha uma referência à identificação do sujeito. Assim, e de modo a garantir o pressuposto do anonimato, à medida que os protocolos foram sendo recolhidos, quer via directa quer via CTT, procedia-se de imediato ao destacar desta folha das restantes.

A recolha da amostra teve início em 01 de Janeiro de 2006 tendo sido terminada a 30 de Junho de 2006, perfazendo deste modo cinco meses. Para efeitos de validação estatística tomámos como objectivo que a amostra a recolher careceria de um número não inferior a 30 sujeitos.

Foram distribuídos no total 314 protocolos. Destes, foram devolvidas pelos CTT cinco devido a morada incompleta / desconhecida ou mudança de residência. Obtivemos como retorno 56 protocolos. Deste modo, obtivemos uma Taxa de Resposta de 18%. Posteriormente, discutiremos o valor da Taxa de Resposta.

Durante a fase de avaliação e à medida que íamos recebendo os protocolos, estes eram codificados em ordem numérica, cotados e analisados, assim como a informação constante do questionário de caracterização era sistematizada.

Relativamente aos Instrumentos psicométricos, cotou-se o NEO-PI-R de acordo com as instruções fornecidas junto do manual. Deste modo, quando as omissões foram inferiores a 41 as respostas foram transformadas em respostas “neutras” (Lima & Simões, 2000).

Cotou-se igualmente o D.E.B.Q. de acordo com as instruções fornecidas pelo autor responsável pela validação para Portugal (Viana et al, 2003a).

Para o Desenho da Figura Humana recorreremos à Análise Categorical e Análise de Conteúdo.

Como o NEO-PI-R e o B.E.B.Q. se encontram aferidos para a população portuguesa prescindiu-se de um grupo de controlo uma vez que existem valores normativos para a população nacional.

A análise estatística efectuada ao longo desta Investigação foi realizada com recurso ao software SPSS (v. 14, SPPS Inc, Chicago, IL).

Os dados obtidos através do questionário de caracterização foram objecto de uma análise maioritariamente descritiva e de uma apresentação gráfica. Esta opção baseia-se na visibilidade das características da amostra em estudo.

Foi assim utilizada a Estatística Descritiva; o “alpha de cronbach” para verificar a fiabilidade dos Instrumentos Psicométricos; correlação de Pearson; teste t-student para uma amostra; a Análise de Variância Multivariada (MANOVA) e a Análise de Correlação Canónica.

De modo a aferirmos a existência de diferenças significativas entre os resultados obtidos através do NEO-PI-R na nossa amostra e os valores normativos para a população portuguesa, realizamos um Teste t-student para uma amostra.

A significância dos factores sobre as variáveis, foram avaliadas com uma MANOVA depois de validados os pressupostos de normalidade multivariada e de homogeneidade de variâncias-covariâncias. Uma vez que o SPSS não produz testes à normalidade multivariada, este pressuposto, foi abusivamente validado com a

normalidade univariada de cada uma das variáveis dependentes com testes univariados de Kolmogorov-Smirnov ($p \geq 0.05$ para todos os grupos). O pressuposto de homogeneidade de variâncias-covariâncias no grupo foi avaliado com o teste M de Box. Quando a MANOVA detectou efeitos estatisticamente significativos, procedeu-se à ANOVA para cada uma das variáveis dependentes, seguida do teste *post-hoc* HSD de Tukey. Considerou-se um nível de significância $\alpha=0.05$.

No caso da MANOVA as variáveis dependentes são consideradas simultaneamente e organizadas de forma composta e com os efeitos associados a cada variável ponderada pela correlação existente entre estas de modo a que o erro de tipo I permaneça igual a α (Maroco, 2003). A MANOVA possui como condições de aplicação: a distribuição normal multivariada, a homogeneidade das matrizes de variância-covariância, e, os erros ε_{ijk} têm de ser independentes (Maroco, 2003).

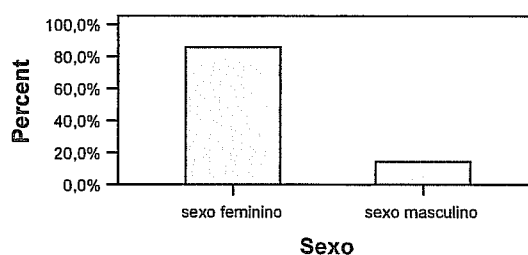
Seguidamente procedeu-se à realização da Análise de Correlação Canónica entre os Domínios e as Facetas do NEO-PI-R e as Dimensões do D.E.B.Q..

RESULTADOS

Caracterização dos Participantes

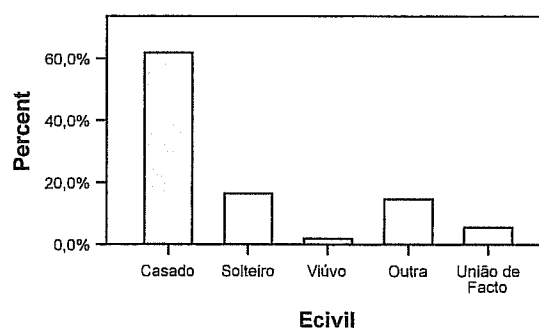
A amostra é composta por 56 sujeitos sendo que 85.7% pertencem ao sexo feminino e 14.3% ao sexo masculino (Figura 7, Anexo L), com idades compreendidas entre os 23 e os 70 anos ($M=42.50$ com $SD=11.1$ $N=56$) (Anexo M).

Figura 7: Caracterização da amostra: Sexo

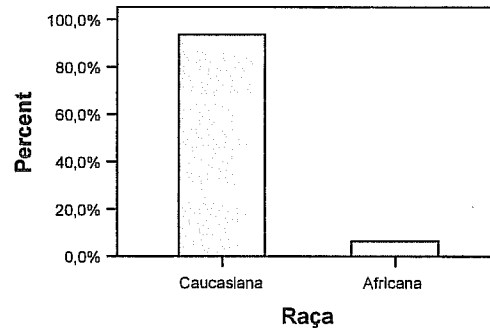


Apresentam como “Estado Civil Casado” 61.8% dos sujeitos sendo o “Solteiro” o segundo mais referido com 16.4% ($N=55$) (Figura 8) (Anexo N).

Figura 8: Caracterização da amostra: Estado Civil

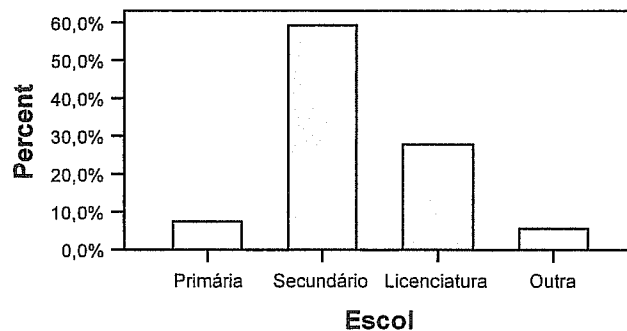


Nesta amostra 93.6% dos participantes são de raça caucasiana enquanto que 6.4% são de raça negra ($N=47$) (Figura 9) (Anexo O).

Figura 9: Caracterização da amostra: Raça

No que diz respeito à distribuição da Área de Residência verifica-se que 50% dos participantes reside no “Distrito de Lisboa” enquanto que 50% residem em “Outro Distrito” (N=54) (Anexo P).

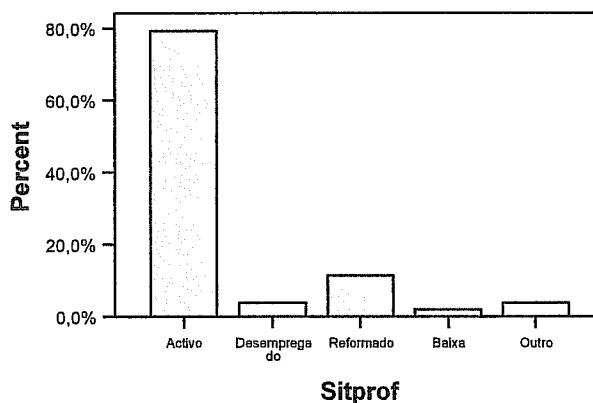
Relativamente à “Escolaridade/Habilitações Literárias”, 59.3% dos sujeitos referem ter como grau de escolaridade o “Secundário”, 27.8% “Licenciatura” e 7.4% “Primária” (N=54) (Figura 10) (Anexo Q).

Figura 10: Caracterização da amostra: Escolaridade / Habilitações Literárias

Com base na Profissão, 49.1% pertencem ao Nível socio-económico médio, 30.9% ao Nível socio-económico elevado e 20% ao Nível socio-económico baixo (N=55) (Anexo R).

Quanto à “Situação Profissional”, 79.2% encontram-se no “Activo” sendo a resposta “Reformados” a segunda mais assinalada com 11.3% (N=53) (Figura 11) (Anexo S).

Figura 11: Caracterização da amostra: Situação Profissional

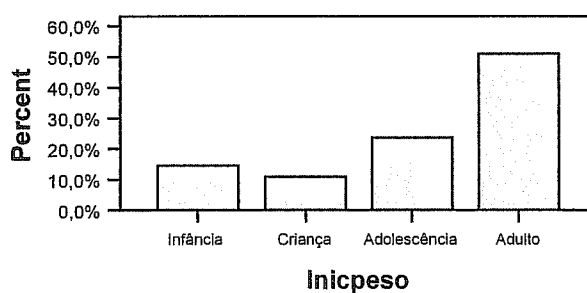


No que diz respeito à variável “Altura” obteve-se uma $M=163.84\text{cm}$ com $SD=9.901$ ($N=56$); no “Peso Actual” uma $M=106.14\text{Kg}$ com $SD=24.461$ ($N=56$); no “Peso Ideal” uma $M=69.41$ com $SD=12.084$ ($N=56$); no “Peso Máximo” uma $M=125.13\text{Kg}$ com $SD=22.124$ ($N=56$); no “Peso Mínimo” uma $M=70.88\text{Kg}$ com $SD=13.158$ ($N=48$); no “Peso Aquando da Cirurgia” uma $M=122.88$ com $SD=21.292$ ($N=32$); no “IMCactual” uma $M=39.91$ com $SD=7.909$ ($N=56$); e, no “IMCcrg” uma $M=43.91$ com $SD=6.869$ ($N=32$) (Anexo T).

Relativamente à perda de peso ponderal, obteve-se uma $M=28.19$ com $SD=13.434$ ($N=32$) (Anexo U).

Relativamente à variável “Início do Aumento de Peso” (Inicpeso) 50,9% ($N=55$) dos participantes assinalaram “Adulto”, isto é, cerca de metade dos participantes referem ter iniciado o aumento de peso na adultícia (Figura 12) (Anexo V).

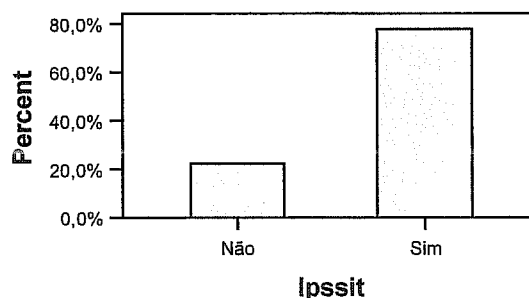
Figura 12: Caracterização da amostra: Início do aumento de peso



No que diz respeito à “Atribuição Causal do Início do Aumento de Peso”, 77,8% dos participantes consideram que o aumento de peso está relacionado com

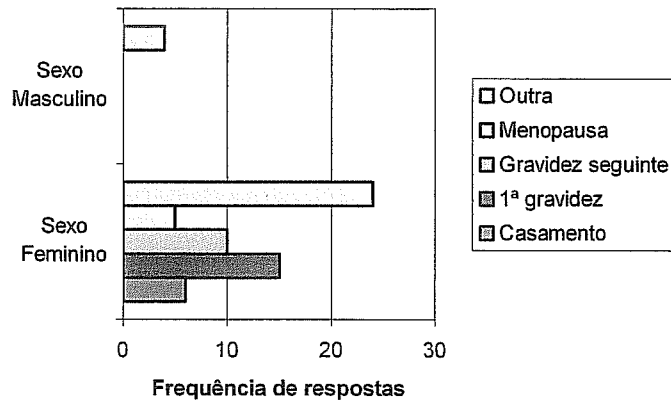
uma situação específica do seu ciclo de vida, face a 22.2% que consideram não existir uma atribuição causal para o seu aumento de peso (N=54) (Figura 13) (Anexo X).

Figura 13: Caracterização da amostra: Atribuição Causal do Início do Aumento de Peso



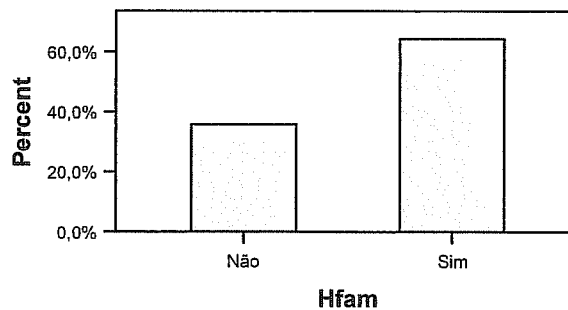
Tendo em conta que esta questão permitia o assinalar de mais de uma atribuição causal, optou-se por relacionar as respostas dadas com a variável “Sexo” de modo a obter-se uma leitura mais específica. Deste modo, verificou-se que o sexo masculino assinalou exclusivamente como atribuição causal para esta questão a resposta “Outra”, assim como o sexo feminino, sendo a segunda resposta com maior frequência no sexo feminino a “primeira gravidez” (Figura 14) (Anexo Z). Aos sujeitos que respondiam “outra” como atribuição causal era pedido que identificassem qual a causa a que atribuíam esse aumento de peso. Assim, após categorizar as respostas dadas, e tendo em conta que cada sujeito podia identificar mais de uma causa, obteve-se 66 respostas sendo que 28 sujeitos deixaram esta questão em branco. Na categoria “Causas comportamentais” incluiu-se a evicção tabágica, hábitos alimentares erróneos e cessação do exercício físico. Na categoria “Causas psicológicas” incluiu-se a ansiedade, depressão e stress. Assim, obteve-se as seguintes respostas por ordem decrescente: “Causas psicológicas” (11), “Causas comportamentais” (11), “Doença física” (6), “Outros” (6) e “Factores genéticos” (4).

Figura 14: Caracterização da amostra: Sexo * Atribuição Causal do Início do Aumento de Peso



Quanto à existência de “História Familiar de Obesidade”, 64.3% dos participantes referem existir historial de obesidade nas suas famílias (N=56) (Figura 15) (Anexo AA). Aos que respondiam “sim” era pedido que identificassem os familiares que tinham historial de obesidade. Assim, após categorizar as respostas dadas, e tendo em conta que cada sujeito podia identificar mais de um elemento da família, obteve-se 72 respostas sendo que 18 sujeitos deixaram esta questão em branco. Assim, obteve-se as seguintes respostas por ordem decrescente: “mãe” (15), “outros” (12), “avós” (11), “irmãos” (9) e “pai” (7).

Figura 15: Caracterização da amostra: História Familiar



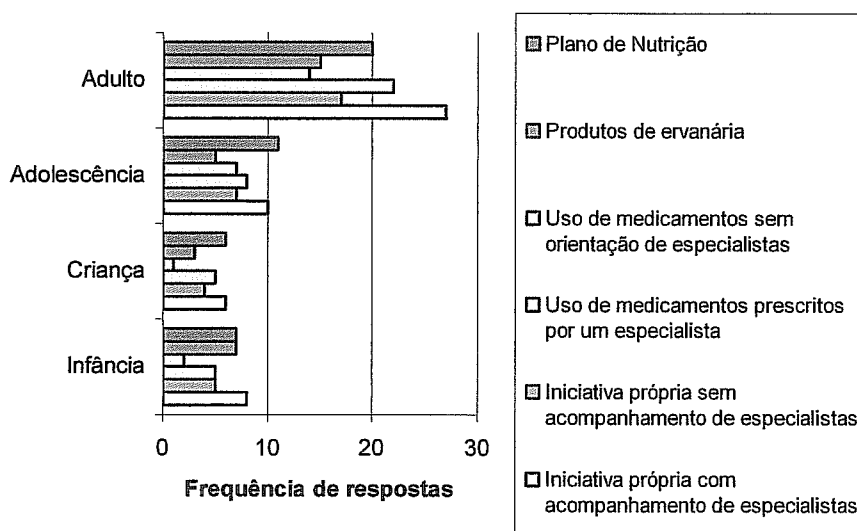
Nesta amostra, 98.2% dos participantes referem ter recorrido a Técnicos de Saúde para tentar resolver o seu problema de obesidade (N=56) (Anexo AB). Aos que respondiam “sim” era pedido que identificassem os técnicos aos quais tinham recorrido devido à sua obesidade. Assim, após categorizar as respostas dadas, e tendo em conta que cada sujeito podia identificar mais de um técnico, obteve-se 90

respostas sendo que 2 sujeitos deixaram esta questão em branco. Na categoria “Médicos” incluiu-se médicos de clínica geral, cirurgiões, endocrinologistas, entre outros. Na categoria “Nutricionistas” incluiu-se os nutricionistas e os dietistas. Na categoria “outros” incluiu-se as clínicas de estética, psicólogos e psiquiatras. Assim, obteve-se as seguintes respostas por ordem decrescente: “Médicos” (58), “Nutricionistas” (19), “Outros” (11).

Quanto às tentativas para a “Perda de Peso”, 100% dos participantes referiram que já fizeram tentativas para perder peso (N=56) (Anexo AC).

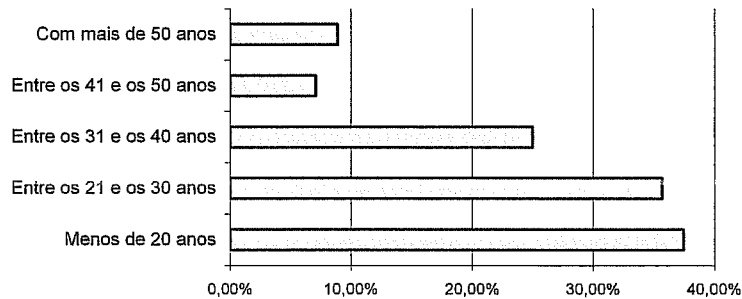
Se se efectuar uma “crosstab” entre o “Início do Aumento de Peso” e as “Tentativas realizadas à posterior para perder peso”, obtém-se que no caso do início do aumento de peso na “Infância” a hipótese mais assinalada foi “Iniciativa Própria com Acompanhamento de Especialistas”; no caso do aumento de peso iniciado em “Criança” as respostas mais assinaláveis foram equitativamente o uso de um “Plano Nutricional” e “Iniciativa Própria com Acompanhamento de Especialistas”; no caso da “Adolescência” a resposta com maior frequência foi o uso de um “Plano Nutricional”; e, na situação do aumento de peso ter sido iniciado em “Adulto” a resposta com maior frequência foi “Iniciativa Própria com Acompanhamento de Especialistas” seguida de “Uso de Medicamentos Prescritos por um Especialista” (Figua 16) (Anexo AD).

Figura 16: Caracterização da amostra: Início Aumento de Peso * Tentativas realizadas para perder peso”



No que diz respeito à idade com que os participantes começaram a tentar perder peso, e tendo em conta que cada participante podia assinalar mais de uma resposta, obteve-se os resultados indicados abaixo na Figura 17 (N=56):

Figura 17: Caracterização da amostra: Idade Início Tentativas de Perda de Peso

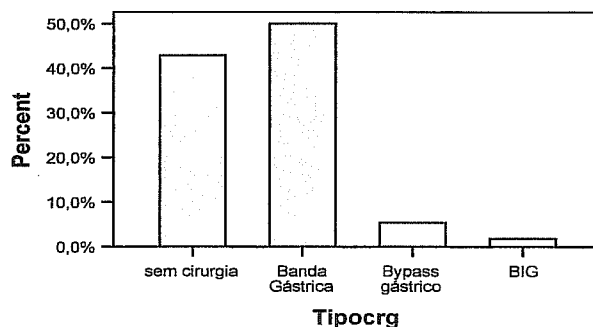


Como se pode verificar, a resposta com uma maior frequência é a “Menos de 20 anos” com 37.5% seguida de “Entre os 21 e os 30 anos” com 35.7% (N=56) (Anexo AE).

Dos participantes que realizaram tentativas de perda de peso (N=56) 76.8% referem que obtiveram benefícios positivos, isto é, perda de peso. Relativamente à perda de peso alcançada com os vários métodos referidos pelos participantes, obteve-se uma $M=21.21\text{Kg}$, $SD=13.642$, $N=39$ (Anexo AF).

Nesta amostra (N=56), 42.9% dos participantes aguardam a realização de Cirurgia Bariátrica, enquanto que 50% colocaram Banda Gástrica Ajustável; 5.4% realizaram Bypass Gástrico Alto e 1.8% colocaram Balão Intra-Gástrico (Figura 18) (Anexo AG).

Figura 18: Caracterização da amostra: Tipo de Cirurgia



No caso dos participantes que já realizaram cirurgia (N=32), obteve-se um mínimo de 2 meses e um máximo de 44 meses desde a realização da mesma (M=20.34 e SD=12.993 N=29) (Anexo AG).

Relativamente à satisfação com o procedimento cirúrgico efectuado e a posterior recomendação a terceiros, 80.6% dos participantes que efectuaram cirurgia recomendam a mesma (N=31) (Anexo AG) Aos que assinalaram a resposta “não”, querendo deste modo referir que não recomendam a cirurgia, era pedido que explicassem o porquê de não recomendarem a mesma. Obteve-se 19 respostas em 56 possíveis. No entanto, alguns sujeitos disponibilizaram a sua explicação, apesar de terem respondido “sim” justificando deste modo o porquê de recomendarem a cirurgia. Assim, categorizando as mesmas, obtivemos as seguintes respostas por ordem decrescente para a resposta “Não”: “Razões psicológicas” (4) e Insucesso (1). Para a resposta “Sim” obtivemos as seguintes respostas por ordem decrescente: “Melhoria da Qualidade de vida” e “Eficácia” (5), “Último recurso” (3) e “Ajuda” (1).

Caracterização dos Instrumentos Psicométricos

Fiabilidade dos Instrumentos

O índice de fiabilidade dos dois instrumentos psicométricos utilizados, o NEO-PI-R e o D.E.B.Q., foi testado com base na análise da consistência interna das escalas, isto é, através do coeficiente de alpha de Cronbach. Para o NEO-PI-R obteve-se um alpha de cronbach de 0.852 (para 240 itens), sendo este considerado Bom, enquanto que para o D.E.B.Q. se obteve um valor de 0.934 (para 33 itens), considerado Excelente. Pode-se deste modo afirmar que ambos os Instrumentos psicométricos utilizados obtiveram bons índices de fiabilidade na presente amostra (Anexo AH).

Estatística Descritiva dos Instrumentos Psicométricos

No que diz respeito à análise descritiva das variáveis dos Instrumentos Psicométricos utilizados, no caso do NEO-PI-R obteve-se os seguintes valores para os Domínios: N (M=100.75, SD=23.039, N=56), E (M=107.38, SD=17.280, N=56),

O (M=112.59, SD=13.695, N=56), A (M=121.04, SD=16.525, N=56), e, C (M=120.36, SD=19.891, N=56). Para as Facetas: N1 (M=20.27, SD=4.575, N=56), E1 (M=22.73, SD=4.367, N=56), O1 (M=18.63, SD=3.873, N=56), A1 (M=19.07, SD=4.705, N=56), C1 (M=21.30, SD=3.687, N=56), N2 (M=14.66, SD=4.534, N=56), E2 (M=16.75, SD=5.438, N=56), O2 (M=20.20, SD=4.542, N=56), A2 (M=19.30, SD=3.794, N=56), C2 (M=20.21, SD=4.008, N=56), N3 (M=17.04, SD=6.5000, N=56), E3 (M=15.13, SD=4.234, N=56), O2 (M=20.61, SD=3.509, N=56), A3 (M=24.00, SD=3.950, N=56), C3 (M=23.43, SD=3.780, N=56), N4 (M=16.39, SD=4.397, N=56), E4 (M=16.70, SD=3.115, N=56), O4 (M=15.86, SD=3.445, N=56), A4 (M=18.04, SD=4.663, N=56), C4 (M=19.68, SD=4.821, N=56), N5 (M=19.25, SD=4.625, N=56), E5 (M=16.82, SD=4.086, N=56), O5 (M=18.04, SD=4.592, N=56), A5 (M=19.04, SD=4.980, N=56), C5 (M=19.18, SD=4.710, N=56), N6 (M=13.14, SD=4.908, N=56), E6 (M=19.25, SD=5.021, N=56), O6 (M=19,27, SD=3.142, N=56), A6 (M=21.59, SD=3,014, N=56), e C6 (M=16.55, SD=4.873, N=56) (Anexo AI).

No caso do D.E.B.Q. obtivemos para a dimensão *Ingestão_Emocional* (M=2.97, SD=1.176, N=56), *Restrição_Alimentar* (M=2,92, SD=0.704, N=56), e, *Ingestão_Externa* (M=2.99, SD=0.784, N=56) (Anexo AI).

Índices de Correlação nas escalas

Pretendeu-se igualmente estudar a intensidade da associação entre as três dimensões do DEBQ com base no coeficiente de correlação de Pearson. Para tal calcularam-se os índices de correlação no total da amostra.

Obteve-se deste modo uma correlação positiva e estatisticamente significativa somente entre a dimensão *Ingestão_Emocional* e a dimensão *Ingestão_Externa* ($r(56)=.739; p<.000$) com $\alpha<.01$ (Anexo AJ).

Análise de Variância Multivariada (MANOVA)

Começou-se por averiguar se as variáveis dos instrumentos psicométricos utilizados, o NEO-PI-R e o D.E.B.Q., têm distribuição normal.

No que diz respeito aos Domínios do NEO-PI-R pode-se concluir que (com $\alpha=0.05$): a variável "N" tem distribuição normal (KS-Z=0.628; p=0.825); a variável

“E” tem distribuição normal (KS-Z=0.867; p=0.439); a variável “O” tem distribuição normal (KS-Z=0.501; p=0.963); a variável “A” tem distribuição normal (KS-Z=0.778; p=0.580); e, a variável “C” tem distribuição normal (KS-Z=0.724; p=0.671) (Anexo AL).

Relativamente às Facetas do NEO-PI-R podemos concluir que (com $\alpha=0.05$): a variável “N1” tem distribuição normal (KS-Z=0.929; p=0.354); a variável “E1” tem distribuição normal (KS-Z=0.896; p=0.399); a variável “O1” tem distribuição normal (KS-Z=0.872; p=0.433); a variável “A1” tem distribuição normal (KS-Z=1.166; p=0.132); a variável “C1” tem distribuição normal (KS-Z=1.176; p=0.126); a variável “N2” tem distribuição normal (KS-Z=1.146; p=0.145); a variável “E2” tem distribuição normal (KS-Z=0.804; p=0.538); a variável “O2” tem distribuição normal (KS-Z=0.642; p=0.804); a variável “A2” tem distribuição normal (KS-Z=0.669; p=0.762); a variável “C2” tem distribuição normal (KS-Z=0.682; p=0.741); a variável “N3” tem distribuição normal (KS-Z=0.693; p=0.723); a variável “E3” tem distribuição normal (KS-Z=0.804; p=0.538); a variável “O3” tem distribuição normal (KS-Z=0.911; p=0.378); a variável “A3” tem distribuição normal (KS-Z=0.949; p=0.329); a variável “C3” tem distribuição normal (KS-Z=0.865; p=0.443); a variável “N4” tem distribuição normal (KS-Z=0.663; p=0.819); a variável “E4” tem distribuição normal (KS-Z=0.876; p=0.427); a variável “O4” tem distribuição normal (KS-Z=0.681; p=0.742); a variável “A4” tem distribuição normal (KS-Z=0.693; p=0.723); a variável “C4” tem distribuição normal (KS-Z=1.094; p=0.182); a variável “N5” tem distribuição normal (KS-Z=0.568; p=0.904); a variável “E5” tem distribuição normal (KS-Z=0.918; p=0.368); a variável “O5” tem distribuição normal (KS-Z=0.796; p=0.551); a variável “A5” tem distribuição normal (KS-Z=0.793; p=0.556); a variável “C5” tem distribuição normal (KS-Z=0.577; p=0.893); a variável “N6” tem distribuição normal (KS-Z=0.870; p=0.435); a variável “E6” tem distribuição normal (KS-Z=1.151; p=0.142); a variável “O6” tem distribuição normal (KS-Z=0.693; p=0.722); a variável “A6” tem distribuição normal (KS-Z=1.024; p=0.246); e, a variável “C6” tem distribuição normal (KS-Z=0.954; p=0.322) (Anexo AL).

Em relação às dimensões do D.E.B.Q. podemos afirmar que: a variável “Ingestão_Emocional” tem distribuição normal (KS-Z=0.700; p=0.711); a variável “Restrição_Alimentar” tem distribuição normal (KS-Z=0.399; p=0.997); e, a variável “Ingestão_Externa” tem distribuição normal (KS-Z=1.014; p=0.256) (Anexo AL).

Em seguida, testámos a homogeneidade das variâncias-covariâncias e a MANOVA, tendo em conta que a nossa H_0 : é a de que as matrizes de covariâncias da variável dependente são iguais em todas as combinações dos níveis dos factores vs. H_1 : as matrizes de covariâncias das variáveis dependentes não são iguais em todas as combinações dos níveis dos factores (Maroco, 2003).

Sexo e dimensões do D.E.B.Q.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Sexo” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Ingestão_Emocional”, “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=4.340$; $F(6,859.150)=0.604$; $p=0.727$). A MANOVA revelou que o factor “Sexo” teve um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.070; $F(3,52)=1.314$; $p=0.280$; $\eta^2_p=0.070$; Potência=0.330). A reduzida potência do teste, aliada à reduzida dimensão da amostra, pode ser responsável pela falta de significância estatística (Anexo AM).

Estado Civil e dimensões do D.E.B.Q.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Estado Civil” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Ingestão_Emocional”, “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=19.201$; $F(12,1779.922)=1.349$; $p=0.184$). A MANOVA revelou que o factor “Estado Civil” teve um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.201; $F(12,150)=0.896$; $p=0.553$; $\eta^2_p=0.067$; Potência=0.507). A reduzida potência do teste, aliada à reduzida dimensão da amostra, pode ser responsável pela falta de significância estatística (Anexo AN).

Escolaridade/Habilitações Literárias e dimensões do D.E.B.Q.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Habilitações Literárias” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Ingestão_Emocional”, “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=24.386$; $F(12,300.887)=1.493$; $p=0.125$). A MANOVA revelou que o factor “Habilitações Literárias” teve um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.204; $F(9,150)=1.218$; $p=0.288$; $\eta^2_p=0.068$; Potência=0.583). A reduzida potência do teste, aliada à reduzida dimensão da amostra, pode ser responsável pela falta de significância estatística (Anexo AO).

Início Aumento de Peso e D.E.B.Q.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Início Aumento de Peso” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Ingestão_Emocional”, “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=29.065$; $F(18,1625.508)=1.338$; $p=0.154$). A MANOVA revelou que o factor “Início Aumento de Peso” teve um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.162; $F(9,153)=0.972$; $p=0.466$; $\eta^2_p=0.054$; Potência=0.470). A reduzida potência do teste, aliada à reduzida dimensão da amostra, pode ser responsável pela falta de significância estatística (Anexo AP).

Atribuição Causal do Peso e D.E.B.Q.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se os factores “Atribuição Causal do Peso: Casamento (Ipssitcas)”, “Atribuição Causal do Peso: primeira gravidez (Ipssitgravp)”, “Atribuição Causal do Peso: gravidez seguinte (Ipssitgravs)”, “Atribuição Causal do Peso: Menopausa (Ipssitmenop)” e, “Atribuição Causal do Peso: Outra (IpssitOutra)”, tiveram um

efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Ingestão_Emocional”, “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=12.225$; $F(12,335.290)=0.731$; $p=0.721$). A MANOVA revelou que o factor “Atribuição Causal do Peso: Casamento (Ipssitcas)” teve um efeito de média dimensão e estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.142; $F(3,37)=2.049$; $p=0.124$; $\eta^2_p=0.142$; Potência=0.483). O factor “Atribuição Causal do Peso: primeira gravidez (Ipssitgravp)” teve um efeito de pequena dimensão e estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.045; $F(3,37)=0.577$; $p=0.634$; $\eta^2_p=0.045$; Potência=0.158). O factor “Atribuição Causal do Peso: gravidez seguinte (Ipssitgravs)” teve um efeito de pequena dimensão e estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.025; $F(3,37)=0.320$; $p=0.811$; $\eta^2_p=0.025$; Potência=0.106). O factor “Atribuição Causal do Peso: Menopausa (Ipssitmenop)” teve um efeito de pequena dimensão e estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.021; $F(3,37)=0.267$; $p=0.849$; $\eta^2_p=0.021$; Potência=0.096). O factor “Atribuição Causal do Peso: Outra (IpssitOutra)” teve um efeito de pequena dimensão e estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.011; $F(3,37)=0.138$; $p=0.936$; $\eta^2_p=0.011$; Potência=0.073). A reduzida potência do teste, aliada à reduzida dimensão da amostra, pode ser responsável pela falta de significância estatística (Anexo AQ).

Podemos ainda concluir que não existe uma interacção significativa entre os factores sob estudo uma vez que $p>0.05$ (Anexo AQ).

História Familiar e D.E.B.Q.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “História Familiar” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Ingestão_Emocional”, “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=4.376$; $F(6,10072.18)=0.679$; $p=0.666$). A MANOVA revelou que o factor “História Familiar” teve um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre as dimensões do

D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.096; $F(3,52)=1.849$; $p=0.150$; $\eta^2_p=0.096$; Potência=0.452). A reduzida potência do teste, aliada à reduzida dimensão da amostra, pode ser responsável pela falta de significância estatística (Anexo AR).

Técnicos de Saúde e D.E.B.Q.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Técnicos de Saúde” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Ingestão_Emocional”, “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box. No entanto, não foi possível obter um resultado uma vez que pelo menos um dos grupos apresenta menos de dois casos. Deste modo não é possível concluir sobre um dos pressupostos da MANOVA. Ainda assim a MANOVA revelou que o factor “Técnicos de Saúde” teve um efeito de pequena dimensão e não estatisticamente significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.016; $F(3,52)=0.275$; $p=0.843$; $\eta^2_p=0.016$; Potência=0.099). A reduzida potência do teste, aliada à reduzida dimensão da amostra 2, pode ser responsável pela falta de significância estatística (Anexo AS).

Tentativas de Perda de Peso e D.E.B.Q.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se os factores “Tentativa de Perda de Peso (PPeso1): Iniciativa Própria com Acompanhamento de Especialistas”, “Tentativa de Perda de Peso (PPeso2): Iniciativa Própria sem Acompanhamento de Especialistas”, “Tentativa de Perda de Peso (PPeso3): Uso de Medicamentos Prescritos por um Especialistas”, “Tentativa de Perda de Peso (PPeso4): Uso de Medicamentos sem Orientação de Especialistas”, “Tentativa de Perda de Peso (PPeso5): Produtos de Ervanária”, e, “Tentativa de Perda de Peso (PPeso6): Plano de Alimentação prescrito por um Especialista”, tiveram um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Ingestão_Emocional”, “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=21.405$; $F(24,801.569)=0.614$; $p=0.926$). A MANOVA revelou que o factor “Tentativas de Perda de Peso (PPeso1): Iniciativa Própria com

Acompanhamento de Especialistas” teve um efeito de média dimensão e estatisticamente significativo sobre os “domínios do DEBQ” (Traço de Pillai=0.225; $F(3,34)=3.282$; $p=0.033$; $\eta^2_p=0.225$; Potência=0.699). Podemos ainda concluir que não existe uma interacção significativa entre os factores sob estudo uma vez que $p>0.05$ (Anexo AT).

Observada a significância multivariada procedeu-se à ANOVA univariada para a variável dependente. Podemos afirmar que o factor “Tentativas de Perda de Peso (PPeso1): Iniciativa Própria com Acompanhamento de Especialistas” teve um efeito estatístico marginalmente significativo e de média dimensão sobre o “Restrição_Alimentar” ($F(1,1.620)=3.571$; $p=0.067$; $\eta^2_p=0.090$; potência=0.452), um efeito estatístico marginalmente significativo e de média dimensão sobre o “Ingestão_Externa” ($F(1,1.620)=3.035$; $p=0.090$; $\eta^2_p=0.078$; potência=0.396). Não foi possível realizar o teste post-hoc HSD de Tukey uma vez que os factores apresentam menos de três grupos (Anexo AT).

Benefício Perda de Peso e D.E.B.Q.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Benefício da Perda de Peso” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Ingestão_Emocional”, “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=5.414$; $F(6,2930.967)=0.814$; $p=0.559$). A MANOVA revelou que o factor “Benefício da Perda de Peso” teve um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai=0.060; $F(3,52)=1.103$; $p=0.356$; $\eta^2_p=0.060$; Potência=0.281). A reduzida potência do teste, aliada à reduzida dimensão da amostra, pode ser responsável pela falta de significância estatística (Anexo AU).

Tipo de Cirurgia Bariátrica e D.E.B.Q.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Tipo de Cirurgia Bariátrica” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Ingestão_Emocional”, “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias

em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=6.843$; $F(6,16938.89)=1.065$; $p=0.381$). A MANOVA revelou que o factor “Tipo de Cirurgia Bariátrica” teve um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre as dimensões do D.E.B.Q. (Traço de Pillai= 0.257 ; $F(9,156)=1.625$; $p=0.112$; $\eta^2_p=0.086$; Potência= 0.739). A reduzida potência do teste, aliada à reduzida dimensão da amostra, pode ser responsável pela falta de significância estatística (Anexo AV).

Sexo e Domínios do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Sexo” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=22.311$; $F(15,591.596)=1.065$; $p=0.387$). A MANOVA revelou que o factor “Sexo” teve um efeito de elevada dimensão e estatisticamente significativo sobre os “domínios do NEO-PI-R” (Traço de Pillai= 0.252 ; $F(5,50)=3.366$; $p=0.011$; $\eta^2_p=0.252$; Potência= 0.869). Observada a significância multivariada procedeu-se à ANOVA univariada para a variável dependente. Podemos afirmar que o “Sexo” teve um efeito estatisticamente significativo e de média dimensão sobre o “domínio N” ($F(1,3640.583)=7.693$; $p=0.008$; $\eta^2_p=0.125$; potência= 0.778), um efeito estatisticamente significativo e de média dimensão sobre o “domínio O” ($F(1,771.074)=4.363$; $p=0.041$; $\eta^2_p=0.075$; potência= 0.536) e um efeito marginalmente significativo sobre o “domínio E” ($F(1,864.646)=3.001$; $p=0.089$; $\eta^2_p=0.053$; potência= 0.398). Não foi possível realizar o teste post-hoc HSD de Tukey uma vez que o factor Sexo apresenta menos de três grupos (Anexo AX).

Sexo e Facetas N e O do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Sexo” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Facetas N e O do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box. No entanto, não foi possível obter um resultado uma vez que pelo menos um dos grupos apresenta menos de dois casos. Deste modo não nos é possível concluir sobre um dos

pressupostos da MANOVA. A MANOVA revelou que o factor “Sexo” teve um efeito de elevada dimensão e estatisticamente significativo sobre as facetas N e O do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.365; $F(12,43)=2.062$; $p=0.041$; $\eta^2_p=0.365$; Potência=0.860). Observada a significância multivariada procedeu-se à ANOVA univariada para a variável dependente. Podemos afirmar que o “Sexo” teve um efeito estatisticamente significativo e de média dimensão sobre a “faceta N3” ($F(1,299.074)=7.976$; $p=0.007$; $\eta^2_p=0.129$; potência=0.792), um efeito estatisticamente significativo e de média dimensão sobre a faceta N4 ($F(1,85)=4.692$; $p=0.035$; $\eta^2_p=0.080$; potência=0.567), um efeito estatisticamente significativo e de média dimensão sobre a faceta N6 ($F(1,235)=11.644$; $p=0.001$; $\eta^2_p=0.177$; potência=0.918), e, um efeito estatisticamente significativo e de média dimensão sobre a faceta O2 ($F(1,145)=7.933$; $p=0.007$; $\eta^2_p=0.128$; potência=0.790). (Anexo AX).

Sexo e Faceta E do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Sexo” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=57.787$; $F(21,553.238)=1,798$; $p=0.016$). A MANOVA revelou que o factor “Sexo” teve um efeito de média dimensão e não estatisticamente significativo sobre a faceta E do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.094; $F(6,49)=0.850$; $p=0.538$; $\eta^2_p=0.094$; Potência=0.303) (Anexo AX).

Estado Civil e Domínios do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Estado Civil” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=24.805$; $F(30,1309.396)=0.604$; $p=0.955$). A MANOVA revelou que o factor “Estado Civil” teve um efeito de elevada dimensão mas estatisticamente não

significativo sobre os domínios do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.326; $F(20,196)=0.869$; $p=0.627$; $\eta^2_p=0.081$; Potência=0.651) (Anexo AZ).

Escolaridade/Habilitações Literárias e Domínios do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Escolaridade/Habilitações Literárias” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=16.183$; $F(15,3155.987)=0.917$; $p=0.544$). A MANOVA revelou que o factor “Escolaridade/Habilitações Literárias” teve um efeito de elevada dimensão mas estatisticamente não significativo sobre os domínios do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.417; $F(15,144)=1.552$; $p=0.095$; $\eta^2_p=0.139$; Potência=0.861) (Anexo BA).

Início Aumento de Peso e Domínios do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Início Aumento de Peso” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=77.161$; $F(45,1263.523)=1.203$; $p=0.171$). A MANOVA revelou que o factor “Início Aumento de Peso” teve um efeito de média dimensão e estatisticamente significativo sobre os domínios do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.593; $F(15,147)=2.412$; $p=0.004$; $\eta^2_p=0.198$; Potência=0.981). Observada a significância multivariada procedeu-se à ANOVA univariada para a variável dependente. Podemos afirmar que o “Início Aumento de Peso” teve um efeito estatisticamente significativo e de média dimensão sobre o domínio A ($F(3,3218)=4.647$; $p=0.006$; $\eta^2_p=0.215$; potência=0.868) e um efeito marginalmente significativo e de média dimensão sobre o “domínio O” ($F(3,1201)=2.462$; $p=0.073$; $\eta^2_p=0.127$; potência=0.579). De acordo com o teste Post-Hoc HSD de Tukey, as diferenças estatisticamente significativas para o factor “Faceta A”, ocorrem entre a “Infância” e a “Adolescência” (I.C. a 95%]-37.42;-1.15[; $p=0.033$) e entre a “Infância” e a Adulcência (I.C. a 95%]-37.96;-5.61[; $p=0.004$) enquanto que para a

“Faceta O” as diferenças observadas entre a “Adolescência” e a Adultícia são marginalmente significativas (I.C. a 95%]-22.21;0.52[; $p=0.066$) (Anexo BB).

Atribuição Causal Aumento de Peso e NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se os factores “Atribuição Causal do Peso: Casamento (Ipssitcas)”, “Atribuição Causal do Peso: primeira gravidez (Ipssitgravp)”, “Atribuição Causal do Peso: gravidez seguinte (Ipssitgravs)”, “Atribuição Causal do Peso: Menopausa (Ipssitmenop)” e, “Atribuição Causal do Peso: Outra (IpssitOutra)”, tiveram um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=27.380$; $F(15,1712.504)=1.426$; $p=0.126$). A MANOVA revelou que os factores em estudo tiveram um efeito de média e pequena dimensão e estatisticamente não significativos sobre os “domínios do NEO-PI-R” (Anexo BC).

História Familiar e Domínios do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “História Familiar” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=25.027$; $F(15,6255.655)=1.479$; $p=0.104$). A MANOVA revelou que o factor “História Familiar” teve um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre os domínios do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.104; $F(5,50)=1.160$; $p=0.342$; $\eta^2_p=0.104$; Potência=0.377) (Anexo BD).

Técnicos de Saúde e Domínios do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Técnicos de Saúde” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M

de Box. No entanto, não foi possível obter um resultado uma vez que pelo menos um dos grupos apresenta menos de dois casos. Deste modo não nos é possível concluir sobre um dos pressupostos da MANOVA. A reduzida potência do teste, aliada à reduzida dimensão da amostra, pode ser responsável pela falta de significância estatística (Anexo BE).

Tentativas de Perda de Peso e NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se os factores “Tentativa de Perda de Peso (PPeso1): Iniciativa Própria com Acompanhamento de Especialistas”, “Tentativa de Perda de Peso (PPeso2): Iniciativa Própria sem Acompanhamento de Especialistas”, “Tentativa de Perda de Peso (PPeso3): Uso de Medicamentos Prescritos por um Especialistas”, “Tentativa de Perda de Peso (PPeso4): Uso de Medicamentos sem Orientação de Especialistas”, “Tentativa de Perda de Peso (PPeso5): Produtos de Ervanária”, e, “Tentativa de Perda de Peso (PPeso6): Plano de Alimentação prescrito por um Especialista”, tiveram um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=13.814$; $F(15,567.522)=0.589$; $p=0.885$). A MANOVA revelou que os factores acima descritos não produziram um efeito estatisticamente significativo sobre os “domínios do NEO-PI-R” ($p>0.05$) (Anexo BE). Podemos ainda concluir que não existe uma interacção significativa entre os factores sob estudo ($p>0.05$) (Anexo BF).

Benefícios e Domínios do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Benefícios” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=23.379$; $F(15,1970.064)=1.301$; $p=0.193$). A MANOVA revelou que o factor *Benefícios* teve um efeito de média dimensão e estatisticamente significativo sobre os domínios do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.220; $F(5,50)=2.827$; $p=0.025$; $\eta^2_p=0.220$; Potência=0.794). Observada a significância multivariada procedeu-se à

ANOVA univariada para a variável dependente. Podemos afirmar que o factor “Benefícios” teve um efeito estatisticamente significativo e de média dimensão sobre o domínio O ($F(1,1531.933)=9.418$; $p=0.003$; $\eta^2_p=0.149$; potência=0.854) (Anexo BG).

Benefícios e Facetas O do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Benefícios” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Facetas O do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=37.604$; $F(21,1836.942)=1.434$; $p=0.092$). A MANOVA revelou que o factor “Benefícios” teve um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre as facetas O do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.190; $F(6,49)=1.919$; $p=0.096$; $\eta^2_p=0.190$; Potência=0.652) (Anexo BH).

Tipo de Cirurgia Bariátrica e Domínios do NEO-PI-R

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se o factor “Tipo de Cirurgia” teve um efeito estatisticamente significativo sobre um compósito das variáveis “Domínios do NEO-PI-R”. O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=15.590$; $F(15,9537.573)=0.926$; $p=0.534$). A MANOVA revelou que o factor “Tipo de Cirurgia” teve um efeito de pequena dimensão e estatisticamente não significativo sobre os “domínios do NEO-PI-R” (Traço de Pillai=0.175; $F(15,150)=0.618$; $p=0.857$; $\eta^2_p=0.058$; Potência=0.389) (Anexo BI).

Tipo de Cirurgia Bariátrica e Facetas do NEO-PI-R

Apesar de os resultados anteriores relativamente aos Domínios, optámos por efectuar uma análise de variância multivariada (MANOVA) entre o “Tipo de Cirurgia Bariátrica” e as 30 Facetas do NEO-PI-R de modo a verificar se este resultado se mantinha.

Tipo de cirurgia e facetas N do NEO-PI-R.

O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi analisado com o teste M de Box ($M=20.313$; $F(21,8723.648)=0.841$; $p=0.670$). A MANOVA revelou que o factor “Tipo de Cirurgia Bariátrica” teve um efeito de média dimensão e estatisticamente não significativo sobre um compósito das variáveis “Facetas N” do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.296; $F(18,147)=0.894$; $p=0.586$; $\eta^2_p=0.099$; Potência=0.622) (Anexo BI).

Tipo de cirurgia bariátrica e facetas E do NEO-PI-R

O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=13.891$; $F(21,8723.648)=0.575$; $p=0.937$). A MANOVA revelou que o factor “Tipo de Cirurgia Bariátrica” teve um efeito de média dimensão e estatisticamente não significativo sobre um compósito das variáveis “Facetas E” do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.192; $F(18,147)=0.558$; $p=0.924$; $\eta^2_p=0.064$; Potência=0.383) (Anexo BI).

Tipo de cirurgia bariátrica e facetas O do NEO-PI-R

O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=16.524$; $F(21,8723.648)=0.684$; $p=0.853$). A MANOVA revelou que o factor “Tipo de Cirurgia Bariátrica” teve um efeito de média dimensão e estatisticamente não significativo sobre um compósito das variáveis “Facetas E” do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.371; $F(18,147)=1.151$; $p=0.310$; $\eta^2_p=0.124$; Potência=0.765) (Anexo BI).

Tipo de cirurgia bariátrica e facetas A do NEO-PI-R

O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=21.023$; $F(21,8723.648)=0.870$; $p=0.631$). A MANOVA revelou que o factor “Tipo de Cirurgia Bariátrica” teve um efeito de média dimensão e estatisticamente não significativo sobre um compósito das

variáveis “Facetas E” do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.270; $F(18,147)=0.807$; $p=0.689$; $\eta^2_p=0.090$; Potência=0.565) (Anexo BI).

Tipo de cirurgia bariátrica e facetas C do NEO-PI-R

O pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias em cada grupo foi avaliado com o teste M de Box ($M=29.545$; $F(21,8723.648)=1.223$; $p=0.219$). A MANOVA revelou que o “Tipo de Cirurgia Bariátrica” teve um efeito de média dimensão e estatisticamente não significativo sobre um compósito das variáveis “Facetas E” do NEO-PI-R (Traço de Pillai=0.373; $F(18,147)=1.161$; $p=0.302$; $\eta^2_p=0.124$; Potência=0.770) (Anexo BI).

Teste T-Student para Comparação de uma Amostra

A significância da diferença entre os scores médios nos domínios e facetas do NEO-PI-R obtidos nesta amostra vs. os scores médios nos domínios e facetas do NEO-PI-R obtidos na população portuguesa foi avaliada com o teste t-student para uma amostra. Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias, foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov, como visto anteriormente, e com o teste de Levene. Recorreu-se ao Software SPSS (v.14; SPSS Inc, Chicago, IL) para executar o teste tendo-se considerado os seguintes níveis de significância: $p \leq 0.01$ Muito significativo; $p \leq 0.05$ Significativo; $p \leq 0.10$ Pouco significativo; $p > 0.1$ Não significativo.

No domínio do Neuroticismo (N) a média da amostra revela uma diferença muito significativa ($t(55)=7.454$; $p=.000$) quando comparada com a média populacional. Assinalamos a existência de dois picos neste domínio que se assumem nas facetas N1-Ansiedade ($t(55)=-94.113$; $p=.000$) e N5-Impulsividade ($t(55)=5.420$; $p=.000$) sendo que em ambas obtemos diferenças muito significativas (Anexo BJ).

No domínio da Extroversão (E) a média da amostra revela uma diferença não significativa ($t(55)=-.790$; $p=.433$). Assinalamos a existência de uma diferença significativa na faceta E3-Assertividade ($t(55)=2.165$; $p=.035$) e uma diferença pouco significativa na faceta E1-Caloroso ($t(55)=1.769$; $p=.083$) (Anexo BJ).

No domínio da Abertura à Experiência (O) a média da amostra revela uma diferença significativa ($t(55)=2.453$; $p=.017$) quando comparada com a média populacional. Assinalamos a existência de dois picos neste domínio que se assumem nas facetas O1-Fantasia ($t(55)=3.140$; $p=.003$) e O6-Valores ($t(55)=4.210$; $p=.000$). Na faceta O3-Sentimentos obtivemos uma diferença significativa ($t(55)=2.574$; $p=.013$) e na faceta O5-Ideias uma diferença pouco significativa ($t(55)=1.688$; $p=.097$) (Anexo BJ).

No domínio da Amabilidade (A) a média da amostra revela uma diferença não significativa ($t(55)=-1.025$; $p=.310$). Assinalamos a existência de uma diferença muito significativa na faceta A3-Altruísmo ($t(55)=3.979$; $p=.000$) (Anexo BJ).

No domínio da Conscienciosidade (C) a média da amostra revela uma diferença muito significativa ($t(55)=-3.364$; $p=.001$) quando comparada com a média populacional. Assinalamos a existência de uma diferença muito significativa na faceta C6-Deliberação ($t(55)=-2.682$; $p=.010$) e diferenças significativas nas facetas C1-Competência ($t(55)=2.645$; $p=.011$) e C2-Ordem ($t(55)=2.454$; $p=.017$) (Anexo BJ).

Seguidamente, testou-se a significância da diferença entre os scores médios nas dimensões do DEBQ obtidos nesta amostra vs. os scores médios nas dimensões do DEBQ obtidos na população portuguesa através do teste t-student para uma amostra.

Na dimensão Ingestão_Emocional a média da amostra revela uma diferença muito significativa ($t(55)=6.534$; $p=0.000$) (Anexo BL).

Na dimensão Restrição_Alimentar a média da amostra revela igualmente uma diferença muito significativa ($t(55)=9.094$; $p=0.000$) (Anexo BL).

Na dimensão Ingestão_Externa a média da amostra revela uma diferença significativa ($t(55)=2.260$; $p=0.028$) (Anexo BL).

IMC Vs Facetas N1 e N3

Optou-se por averiguar se existia uma correlação entre o IMCactua e o IMCcrg com as facetas N1 e N3 do NEO-PI-R. Para as várias situações, não se obtiveram correlações significativas (ANEXO BM).

Análise de Correlação Canónica

A análise de correlação canónica é um método analítico que pode ser usado para investigar a relação entre duas ou mais conjuntos de variáveis (Thompson, 2000). Salieta-se que a análise canónica é um método exploratório.

“It is only when the researcher believes the measured-observed variables exist within meaningful variable sets that CCA would be an appropriate analysis” (Thompson, 2000, pp 291).

Nesta investigação, e com base no sumário da análise canónica (Anexo BN) obteve-se uma percentagem de perda reduzida sendo que 52% da variância das variáveis é explicada por estas dimensões.

Através do “component loadings” podemos ver a relação entre as variáveis e as dimensões da solução. A variável mais importante na dimensão 1 é a C5, enquanto que na dimensão 2 é a Restrição_Alimentar (Anexo BN).

A Ingestão_Emocional e Ingestão_Externa estão próximas na dimensão 1 sendo opostas à Restrição_Alimentar. A Ingestão_Emocional está no extremo oposto de C4 na dimensão 1, enquanto que Restrição_Alimentar está no extremo oposto de A4 na dimensão 2 (Anexo BN).

Relativamente à dimensão 1, encontram-se em extremos opostos as variáveis E e N, as variáveis N e C, e as variáveis C4 e N5; encontrando-se próximas nesta dimensão 1 as variáveis E e C. Na dimensão 2 encontram-se em extremos opostos as variáveis A e E (Anexo BN).

No que diz respeito à dimensão 1: 1) as variáveis E1, O2, O3, E4, E5 e A6 apresentam valores semelhantes, estando as variáveis A1 e N2 no seu extremo oposto; 2) as variáveis C1 e E6 apresentam valores semelhantes, estando as variáveis N3 e N6 no seu extremo oposto; 3) as variáveis C2, E3, A3, C3, O4, O5 e C6 apresentam valores semelhantes. Valores semelhantes indicam uma semelhança entre estas variáveis no que diz respeito a esta dimensão (Anexo BN).

Na dimensão 2: 1) as variáveis E1, C1, N2, A2, C2, N3, C3, A5 e E6 apresentam valores semelhantes, estando as variáveis O1, A1, O5, N6 e O6 no seu extremo oposto; 2) as variáveis E2, E3, E4, O4, N5 apresentam valores semelhantes, estando as variáveis N1, O2, A3, N4 e A6 no seu extremo oposto; 3) as variáveis C4 e O5 apresentam valores semelhantes, estando a variável C6 no seu extremo oposto;

4) as variáveis O3 e E5 apresentam valores semelhantes, estando a variável A4 no seu extremo oposto (Anexo BN).

Com base nas medidas discriminativas para cada variável por dimensão, no Set 1, a Restrição_Alimentar apresenta uma discriminação maior na dimensão 2, enquanto que a Ingestão_Externa apresenta uma discriminação maior na dimensão 1. No Set 2, a variável N3 apresenta uma discriminação maior na dimensão 2, enquanto que a variável N5 apresenta uma discriminação maior na dimensão 1 (Anexo BN).

Teste do Desenho da Figura Humana

Após a realização de uma análise categorial relativamente ao Desenho da Figura Humana (Anexo BO), obtivemos os resultados apresentados em seguida. De entre 56 participantes somente 58.9% (N=34) dos sujeitos aceitaram desenhar a sua figura humana completa e 1.8% desenharam uma figura humana incompleta. Não desenharam a figura 39.3% dos sujeitos (N=22) (Anexo BP). A posição adoptada pelos sujeitos foi sempre a posição vertical.

No que diz respeito aos “Aspectos Gerais do Desenho”, apresentamos os resultados com uma maior frequência de respostas: 70.6% (N=34) dos sujeitos ocuparam a folha toda tendo efectuado um desenho central; 58.8% (N=34) desenharam uma figura considerada grande; 88.2% (N=34) desenharam uma figura simétrica; 91.2% (N=34) desenharam a figura sem movimento; 82.4% (N=34) efectuaram pouca pressão com o lápis/caneta durante a execução do desenho; 67.6% (N=34) utilizaram uma linha de desenho considerada média em relação à espessura; 55.9% (N=34) utilizaram um traço contínuo (Anexo BP).

Relativamente aos “Aspectos Formais do Desenho”, 58.8% (N=34) desenharam uma figura estereotipada ou sem denotar a sua idade; 91.2% (N=34) desenharam a figura de frente; 91.2% (N=34) desenharam somente o corpo; 73.5% (N=34) desenharam vestuário; 52.9% (N=34) efectuaram retoques no desenho; 8.8% (N=34) efectuaram sombras na figura; 5.9% (N=34) omitiram elementos na figura; 8.8% (N=34) realizaram uma figura com borrões; 100% (N=34) não desenharam aspectos anatómicos internos na figura; 55.9% (N=34) representaram um corpo parcial, isto é, sem extremidades (mãos, pés, dedos); 91.2% apresentou um nível de detalhe adequado (Anexo BP).

Quanto aos “Aspectos de Conteúdo”, todos os sujeitos (N=34) representaram figuras com cabeça e cabelo; 91.2% (N=34) desenharam um rosto com olhos, nariz e boca; 94.1% (N=34) desenharam pescoço; 52.9% (N=34) não desenharam de um modo explícito seios; 79.4% (N=34) desenharam cintura; 91.2% (N=34) não desenharam explicitamente nádegas; 94.1% (N=34) não apresentaram órgãos genitais; 70.6% (N=34) não desenharam abdómen; 97.1% (N=34) desenharam braços; e, 97.1% (N=34) desenharam pernas nas figuras (Anexo BP).

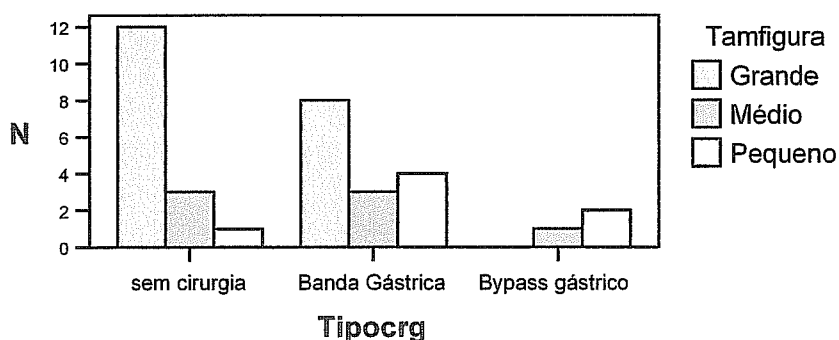
No que diz respeito à existência de comentários escritos pelos participantes na folha de desenho, estes foram efectuados por 33.9% (N=34) dos sujeitos (Anexo BP).

Com base nos 34 participantes que aceitaram realizar a tarefa de desenharem a sua figura humana, e tendo em conta que a amostra deste estudo é composta por sujeitos que ou aguardam a realização de cirurgia bariátrica ou já a efectuaram, optou-se por analisar estes resultados consoante esta variável. Salienta-se no entanto que se considerarmos a totalidade dos participantes (N=56), regista-se uma prevalência de sujeitos que não efectuaram o desenho da figura humana: os que já realizaram cirurgia de banda gástrica (13 sujeitos em N=22) (Anexo BP).

Assim, os sujeitos que aguardam cirurgia realizaram o desenho da figura humana ocupando a folha toda (N=13), assim como aqueles que efectuaram banda gástrica, em relação à hipótese da ocupação parcial (N=10) (Anexo BP).

Quanto ao tamanho da figura humana, tanto os sujeitos que aguardam cirurgia como os que realizaram banda gástrica desenharam com maior frequência figuras grandes. No entanto, os que já efectuaram banda gástrica desenharam mais vezes figuras pequenas face aos que aguardam cirurgia (Figura 19) (Anexo BP).

Figura 19: Tamanho da Figura Humana * Tipo de Cirurgia



Quanto à simetria e ao movimento, a maior frequência de respostas mostra que tanto os sujeitos que aguardam cirurgia como os que a realizaram desenharam a figura simetricamente e sem movimento, assim como utilizam pouca pressão (Anexo BP).

Na qualidade do traço, existe um predomínio da utilização da linha média, e na característica um predomínio do traço contínuo, tanto nos sujeitos que aguardam cirurgia como naqueles que já efectuaram banda gástrica (Anexo BP).

Quanto à relação entre a realização de cirurgia e tipo de cirurgia efectuada, com o tema da figura, salienta-se que o grupo de sujeitos que desenharam com maior frequência uma figura estereotipada foram os que aguardam cirurgia, os que realizaram banda gástrica foram os únicos a desenhar figuras mais jovens (Anexo BP).

Existe um claro predomínio do desenho frontal, do desenho só do corpo e da figura com vestuário em ambas as categorias de sujeitos (aguardam cirurgia, realizaram banda gástrica ou bypass gástrico) (Anexo BP).

Relativamente ao indicador de conflitos utilizado: correcção e retoques, sombra, omissões e borrão; os sujeitos que aguardam cirurgia efectuaram figuras em que utilizaram com maior frequência os retoques à mesma registando-se o oposto naqueles que efectuaram banda gástrica e bypass gástrico; existe um claro predomínio da não utilização de sombras, omissões e borrões nos desenhos para todas as categorias de sujeitos (Anexo BP).

Quanto ao desenho do corpo (inteiro, parcelar ou parcial) a maior frequência de respostas regista-se no desenho do corpo parcial seguida do desenho do corpo inteiro (Anexo BP).

Os detalhes desenhados apresentam uma maior frequência na categoria “adequados” para todas as categorias de sujeitos (Anexo BP).

No que diz respeito ao desenho do rosto completo (com olhos, nariz e boca) os sujeitos que aguardam cirurgia apresentaram com maior frequência a ausência deste face aos que já realizaram cirurgia, assim como o desenho do pescoço (Anexo BP).

Em relação ao desenho explícito de seios, as várias categorias encontram-se equiparadas sendo que nos que já realizaram cirurgia de banda gástrica existe uma maior frequência de desenho destes (Anexo BP).

Os sujeitos que aguardam cirurgia desenharam com mais frequência cintura que os que realizaram banda gástrica. Pelo contrário, os que efectuaram banda gástrica desenharam explicitamente com mais frequência nádegas. Quanto à representação dos órgãos genitais as frequências encontram-se equiparadas (Anexo BP).

Os sujeitos que aguardam cirurgia representam com mais frequência o abdómen (N=6) face aos que realizaram banda gástrica (N=4) (Anexo BP).

Somente um sujeito, que aguarda cirurgia, representou uma figura humana sem braços e sem pernas (Anexo BP).

Por fim, relativamente à realização de comentários na folha de desenho, 19 sujeitos (N=56) escreveram comentários nas folhas, independentemente de terem efectuado o desenho da figura, sendo os mais frequentes o “não sei desenhar (Anexo BP).

Com base na análise de conteúdo das respostas dadas às questões colocadas no fim da folha de desenho, obtivemos os seguintes resultados para as partes do corpo que mais gostavam, por ordem decrescente: 1) rosto; 2) membros e tronco em exéculo; 3) cérebro. Em relação à parte do corpo que menos gostam, por ordem decrescente: 1) tronco; 2) membros; 3) corpo todo; 4) rosto; 5) estômago.

DISCUSSÃO

Nas décadas passadas a obesidade mereceu pouca atenção por parte de estudiosos e investigadores. No entanto, ultimamente tem-se registado um aumento significativo de estudos nesta área devido, talvez, ao desenvolvimento de procedimentos cirúrgicos seguros e eficazes. O aumento desta atenção leva a considerar que os sujeitos obesos mórbidos são qualitativamente diferentes dos sujeitos com outros graus de obesidade, requerendo assim especial atenção tanto na avaliação como no tratamento.

Como visto anteriormente, a obesidade é uma doença complexa que se acredita que seja induzida por factores biológicos, psicológicos, sociais, genéticos, metabólicos, doenças médicas, padrões comportamentais e factores psicológicos. Enquanto que os factores genéticos e biológicos têm sido vistos como componentes centrais nas teorias sobre a obesidade, os factores psicológicos têm sido componentes centrais nas teorias sobre obesidade, desde as teorias psicanalíticas sobre a personalidade oral.

Embora popularmente a obesidade esteja associada a uma maior incidência de perturbações mentais, vários estudos efectuados não demonstram resultados inequívocos que suportem esta assumpção.

No entanto, alguns autores têm-se questionado sobre se esta falta de associação se mantém na obesidade mórbida. Para alguns, os obesos mórbidos que se candidatam a tratamento apresentam maiores níveis de distúrbios emocionais especulando inclusive que tais distúrbios poderiam contribuir para a existência de problemas secundários ou, surgirem como consequências.

Vários estudos têm sido efectuados, a nível dos Estados Unidos da América principalmente, de modo a avaliarem a psicopatologia nos obesos mórbidos. No geral, estes estudos têm revelado resultados contraditórios sendo ainda alvo de dificuldades metodológicas como: a reduzida dimensão das amostras, a inconsistência nos métodos de avaliação, e, a falta de atenção à validade e fidelidade dos diagnósticos. Para além disso, a maior parte destes estudos têm sido conduzidos com sujeitos que se encontram em lista de espera para realização de cirurgia bariátrica.

O presente estudo mostra-nos a heterogeneidade de traços de personalidade nos obesos mórbidos, encorajando a procura de variáveis que possam servir como predictoras dos resultados da cirurgia bariátrica.

Torna-se necessário sistematizar as dimensões da personalidade destes pacientes uma vez que, segundo Castelnovo-Tedesco & Schiebel (1975) existem evidências de um padrão de personalidade específico nesta população.

Limitações à Investigação

Esta Investigação apresenta algumas limitações metodológicas que podem de algum modo ter influenciado a mesma. São essas: a) a baixa percentagem de Taxa de resposta, vulgar nos questionários enviados pelo correio (Hill & Hill, 2002); b) a heterogeneidade da amostra a nível do género e a nível dos próprios sujeitos submetidos ou à espera de cirurgia Bariátrica sendo que em alguns casos esta avaliação foi efectuada previamente à cirurgia e em outros após a mesma; c) a extensão do protocolo; d) o facto de o NEO-PI-R não se encontrar validado em específico para a população obesa; e) a não realização de um pré-teste; f) a utilização de um estudo transversal; g) a utilização de um método de amostragem não-casual, o que não nos permite fazer extrapolações com confiança para o Universo dos resultados e conclusões obtidos com a amostra uma vez que não existe garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do Universo; h) não foi mesurada a desejabilidade social; i) não se avaliou psicometricamente a presença ou ausência de perturbação de ingestão compulsiva; e, j) não foi tido em conta o historial psicológico / psiquiátrico dos participantes.

A investigação em Obesidade acarreta igualmente algumas limitações: a) a medição da ingestão de comida é problemática sendo que os estudos observacionais não garantem que as condições sejam controladas sendo os auto-registos vulneráveis aos problemas do esquecimento e da desejabilidade social; e, b) a maioria dos dados são simplesmente correlacionais e transversais não sendo possível tirar conclusões sobre a causalidade (Ogden, 2004).

Acrescentamos ainda a grande heterogeneidade de Instrumentos Psicométricos utilizados nas diversas Investigações ao longo dos anos, tanto a nível da Personalidade como a nível do Comportamento alimentar o que, de algum modo, dificulta a tarefa de homogeneização e comparação dos resultados.

No que diz respeito ao Consentimento Informado, e tendo em conta que esta Investigação utiliza um desenho transversal, a existência de um documento escrito e assinado pelo participante pode conferir a ideia de que os dados não são anónimos podendo deste modo serem influenciados pela desejabilidade social (Ribeiro, 2002).

Considerações Acerca dos Dados Estatísticos Obtidos Relativos à Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica dos Participantes

Com base na análise estatística efectuada, cujos resultados foram apresentados no capítulo anterior, podemos afirmar que nesta amostra existe uma predominância de sujeitos do sexo feminino, casados, raça caucasiana, residentes no Distrito de Lisboa, têm o secundário como habilitações literárias, apresentam um nível sócio-económico médio, estão activos profissionalmente, iniciaram o aumento de peso na adultícia, atribuem o aumento de peso a acontecimentos de vida (no caso do sexo feminino à primeira gravidez), apresentam antecedentes familiares de obesidade, recorreram no seu passado a técnicos de saúde para tentarem perder peso tendo obtido resultados positivos em relação à perda de peso, e, iniciaram as tentativas com menos de 20 anos de idade.

Relativamente à questão sobre a “Raça” presente no questionário de caracterização, colocamos como hipótese que a elevada percentagem de não respondentes nesta questão poderá prender-se com a terminologia utilizada, isto é, a utilização do termo “Raça Caucasiana” em vez de “branca”.

Segundo investigações efectuadas, existe uma relação inversa entre obesidade e status socio-económico sendo que as pessoas com um menor status socio-económico apresentariam maior probabilidade de estar acima do peso do que pessoas com um maior status devido a acesso mais limitado a serviços de saúde e conhecimentos mais escassos sobre uma dieta saudável (Straub, 2005). Os sujeitos obesos recebem salários mais baixos, têm menos propostas de emprego e recebem menos suporte financeiro por parte de familiares (Faith & Allison, 2000; Fettes & Williams, 2000) em comparação com a população geral.

Com base num estudo realizado em Espanha nos anos 90 (Foz-Sala, 1999) observou-se que a obesidade aumenta com a idade, tanto nos homens como nas mulheres, existindo uma relação inversamente proporcional entre o nível de educação e a obesidade.

Outros consideram que a obesidade se encontra igualmente inversamente correlacionada com o nível educacional (Straub, 2005).

Salientamos as respostas dadas pelos participantes à questão sobre a atribuição causal do aumento de peso, sendo que referiram a nível psicológico a ansiedade e depressão, stress; e a nível comportamental a evicção tabágica e os hábitos alimentares erróneos; uma vez que vai de encontro ao postulado por Wing et al (1997).

No estudo de Travado et al (2004) 61% dos sujeitos atribuem o aumento de peso à primeira gravidez, 18% ao casamento, 17% a gravidezes subsequentes e 4% à menopausa. Quanto à evolução ponderal associada a etapas da vida, 38% referem a primeira infância, 31% a adolescência e 19% a idade escolar.

Na Figura 20 podemos observar as semelhanças e diferenças entre esta Investigação com outras três efectuadas a nível nacional.

No estudo efectuado por Travado et al (2004) a grande maioria dos participantes apresentam antecedentes familiares de obesidade, com 38% a referirem o início do aumento da obesidade na infância e evolução gradual de peso ao longo do ciclo de vida em associação a acontecimentos de vida sendo que 60% das mulheres referenciaram a primeira gravidez como início e factor de agravamento da obesidade. Em relação a tentativas de perda de peso, a maioria optou por programas estruturados orientados por especialistas mas sem obtenção de resultados satisfatórios.

No estudo de Travado et al (2004) e no que diz respeito às tentativas de perda de peso anteriores: 33% efectuaram programas de perda de peso auto-geridos enquanto que 85% efectuaram programas de perda de peso orientados por especialistas.

As causas mais relevantes para a obesidade, no estudo de Travado et al (2004) são os hábitos alimentares desadequados, a compulsão para comer, as alterações no estado emocional e os acontecimentos de vida precipitantes.

Acrescente-se que no caso dos participantes que efectuaram cirurgia a grande maioria refere recomendar a mesma salientando a melhoria da Qualidade de Vida obtida assim como a sua eficácia.

Relativamente aos motivos para a decisão de realização da cirurgia, no estudo de Travado et al (2004) encontram-se: a melhoria dos problemas de saúde, a eficácia da cirurgia na perda de peso e a melhoria da auto-estima.

Figura 20: Resumo esquematizado dos dados de quatro investigações.

	Nossa investigação	Travado et col (2004)	Rebello et col (2006)	Carmo (2001)
N	N=56 M=14%, F=86%	N=212 M=14%, F=86%	N=236 M=15%, F=85%	N=86 F=86
Idade	42.5 ± 11.1 Min 23, Max 70	41.1 ± 11.76 Min 16, Max 65	44.9 ± 12 Mín 18, Max 71	36.4 ± 1.4 Mín 15, Max 67
Peso máx	125 ± 22.1	125 ± 23		
IMC	IMCa: 40 ± 7.9 IMCerg: 44 ± 6,9	46.6 ± 7,86	47 ± 8 Mín 34, Max 79	38.4 ± 7.4 Mín 26, Max 56
Escolaridade	59% Secundário 28% Licenciatura 7% Primária	9.2 ± 4.3	Não disponível	Não disponível
Estado Civil	62% Casados 16% Solteiros 15% Outros	67% Casados 19% Solteiros 8% Divorciados 6% Outros	Não disponível	Não disponível
Situação Profissional	79% Activos 11% Reformados 3.8% Desempregados	64% Empregados 26% Desempregados 4% Estudantes	75% Activos 11% Reformados 9% Desempregados 4% Inactivos	Não disponível
Tentativas Anteriores de Perda de Peso	100% Sim	2.3% Sem 33% Programas auto-geridos 85% Com orientação de especialistas	Não disponível	83% Sim 17% Não
Instrumentos Psicológicos	NEO-PI-R DEBQ Desenho Figura Humana	MCMII-II HADS MOS-SF/20 ICAC	MMPI (vr) EDI 2	EDI 1

Os obesos constituem um grupo muito heterogéneo uma vez que diferem na idade de início da obesidade, no sexo e idade, na facilidade com que perdem peso, entre outros (Fisher, 1986).

Considerações Acerca dos Dados Estatísticos Obtidos com Base nos Instrumentos Psicológicos

No que diz respeito à fiabilidade dos Instrumentos Psicométricos utilizados, e com base no alpha de cronbach, pode-se considerar que se obteve um índice Bom para o NEO-PI-R e um índice de Excelente para o DEBQ o que nos permite concluir

que ambos os Instrumentos obtiveram bons índices de fiabilidade na presente amostra.

D.E.B.Q., NEO-PI-R e MANOVA

Com base na Análise de Variância Multivariada (MANOVA) e tendo em conta o Instrumento DEBQ, pode-se referir que os factores “Sexo”, “Estado Civil”, “Habilitações Literárias”, “Início do Aumento de Peso”, “Atribuição Causal do Peso”, “História Familiar”, “Técnicos de Saúde”, “Benefício da perda de peso”, e, “Tipo de cirurgia bariátrica” tiveram um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre as dimensões do DEBQ. Isto é, pode-se referir que estes factores não influenciam as dimensões do DEBQ.

O único factor que revelou ter um efeito estatisticamente significativo sobre as dimensões “Restrição_Alimentar” e “Ingestão_Externa” do DEBQ foi o factor “Tentativas de perda de peso: Iniciativa própria com acompanhamento de especialistas”, o que poderá estar relacionado com as Teorias da Externalidade e Restrição focadas anteriormente.

Com base na Análise de Variância Multivariada (MANOVA) e tendo em conta o Instrumento NEO-PI-R pode-se referir que os factores “Estado Civil”, “Habilitações Literárias”, “Atribuição causal do Aumento de Peso”, “História Familiar”, “Tentativas de Perda de Peso” e “Tipo de cirurgia bariátrica” tiveram um efeito de média dimensão mas estatisticamente não significativo sobre os Domínios do NEO-PI-R. Isto é, estes factores não influenciam os domínios do NEO-PI-R.

O factor “Sexo”, ao contrário do registado com o DEBQ, apresentou um efeito de elevada dimensão e estatisticamente significativo sobre os domínios do NEO-PI-R, em especial com os domínios N e O. Podemos concluir que os resultados obtidos nestes dois domínios pode ser de algum modo influenciado pelo sexo.

Relativamente à variável Sexo, para Travado et al (2004) existem diferenças significativas entre os dois sexos para as variáveis peso e algumas subescalas do MCMI-II, nomeadamente, o sexo masculino apresenta resultados mais elevados na escala de personalidade antisocial e abuso / dependência de álcool, enquanto que o sexo feminino apresenta valores mais elevados na compulsividade.

O factor “Início Aumento de Peso” apresentou um efeito de média dimensão e estatisticamente significativo sobre os domínios do NEO-PI-R, em especial com os domínios A e O. Podemos concluir que os resultados obtidos nestes dois domínios pode ser de algum modo influenciado pela idade com que os sujeitos iniciam as tentativas de perda de peso.

O factor “Benefícios” apresentou um efeito de média dimensão e estatisticamente significativo sobre os domínios do NEO-PI-R, em especial com o domínio O. Podemos concluir que os resultados obtidos neste domínio podem ser de algum modo influenciados pela percepção dos benefícios obtidos com as tentativas de perda de peso.

Teste T-Student para o NEO-PI-R e o D.E.B.Q.

Com base nos autores do NEO-PI-R (cit Lima, 1997, p196) “tentar dar sentido às trintas facetas pode ser extremamente complicado” sendo por isso aconselhável realizar uma análise domínio a domínio que poderá ser complementada com base nas relações existentes entre algumas das facetas. Deste modo, opta-se por esta hipótese para mapear a estrutura da personalidade do grupo de obesos em estudo. Assim, inicia-se a discussão dos resultados obtidos com o NEO-PI-R com a abordagem da análise estatística t-student para comparação de uma amostra.

No domínio do Neuroticismo (N) a média da amostra revela uma diferença muito significativa quando comparada com a média populacional. Isto é, a nossa amostra revela-se com características mais neuróticas que a população portuguesa em geral. Assim, de acordo com os comportamentos característicos deste domínio, podemos admitir que este grupo clínico se apresenta mais preocupado, nervoso, emocionalmente inseguro, com sentimentos de inadequação e incompetência, com tendência para a descompensação emocional e experimentar afectos negativos, presença de desejos e necessidades excessivas, presença de respostas de coping desadequadas e, com características hipocondríacas, face à população portuguesa em geral. Relativamente às diferenças muito significativas obtidas nas facetas N1-Ansiedade e N5-Impulsividade, podemos referir que este grupo apresenta características, relativamente a N1, de tensão, preocupação e apreensão, e, relativamente a N5, incapacidade de resistir às tentações com tendência a ceder aos desejos.

No estudo efectuado por Larsen et al (2004), com sujeitos submetidos a cirurgia de banda gástrica e com base no Questionário Holandês da Personalidade, concluem que o factor Egoísmo se encontra positivamente correlacionado com uma menor perda de peso pós-cirúrgico. Embora alguns estudos observem que a personalidade não é um preditor da perda de peso após a cirurgia bariátrica, outros referem que uma atitude defensiva, a rigidez, o desvio psicopático, a somatização, a hostilidade e a hipocondria são preditores de uma menor perda de peso após a cirurgia. Deste modo, Larsen et al (2004) colocam como hipótese que o neuroticismo, a dominância, a hostilidade e a ansiedade social são preditores de uma menor perda de peso pós-cirurgia, sendo que o neuroticismo, a dominância e a hostilidade estão implicadas em estratégias de coping ineficazes.

No estudo de Guisado et al (2002), com sujeitos obesos mórbidos submetidos a cirurgia bariátrica, detectou-se a existência de perturbações psiquiátricas do Eixo I com uma prevalência de 40% sendo que as perturbações psiquiátricas mais frequentes são as afectivos e as de ansiedade. Assim, as pontuações mais elevadas foram registadas na somatização, obsessivo/compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade e ideacção paranóide. Consideram ainda que a idade de início da obesidade se relaciona com a sensibilidade interpessoal.

Embora não exista um perfil de personalidade nos sujeitos obesos mórbidos, a falta de confiança, o neuroticismo e a depressão têm sido referidos como características desta população (Larsen et al, 2004). No estudo de Larsen et al (2004) encontram-se ligeiros desvios nas variáveis de personalidade neuroticismo, ansiedade social, egoísmo e auto-estima que são consideradas como sendo resultado da condição de obeso uma vez que, com base em estudos efectuados, a depressão pré-operatória assim como a ansiedade e a baixa auto-estima desaparecem após o tratamento cirúrgico.

Surpreendentemente, nesta Investigação a amostra estudada não apresenta valores de Depressão (N3) estatisticamente significativos em comparação com a média da população geral, contrariando assim as conclusões dos estudos de Castelnuovo-Tedesco et al (1975), Bull et al (1983), Black et al (1992), Hernani (2001) e Segal (2002).

No que diz respeito aos antecedentes depressivos, embora tal não fosse directamente abordado na presente investigação, num estudo efectuado anteriormente

(Rebelo et al, 2006) obteve-se uma prevalência de 23% de sintomatologia depressiva como antecedente psicopatológico.

No domínio da Extroversão (E) a média da amostra revela uma diferença não significativa. Podemos referir que a nossa amostra apresenta menos características de extroversão que a população portuguesa em geral, isto é, apresentam-se reservados, pouco exuberantes e orientados para a tarefa. No entanto, assinalamos a existência de uma diferença significativa na faceta E3-Assertividade e uma diferença pouco significativa na faceta E1-Acolhimento Caloroso. Em relação a E3 estamos perante a presença de características de dominância, confiança e decisão. Quanto a E1 podemos referir as características de amigáveis, conversadores e afectuosos.

No domínio da Abertura à Experiência (O) a média da amostra revela uma diferença significativa quando comparada com a média populacional o que nos leva a ponderar que a nossa amostra apresenta uma maior abertura à experiência em comparação com a população portuguesa em geral, com características de criatividade, imaginação e originalidade. Este domínio pode ser considerado como um preditor da tendência dos sujeitos a procurarem mudanças. Assinalamos a existência de dois picos neste domínio que se assumem nas facetas O1-Fantasia e O6-Valores. Com base na faceta O1 estão presentes características de imaginação com sensação de sonhar acordado e, conjunto com a elaboração de fantasias. Com base na faceta O6 apresentam-se tolerantes e não conformistas. Na faceta O3-Sentimentos obtivemos uma diferença significativa o que nos indica a presença de respostas emocionais, sensibilidade, empatia com valorização dos próprios sentimentos; sendo que na faceta O5-Ideias existe uma diferença pouco significativa mas que nos indica a presença de características de curiosidade intelectual e orientação teórica e analíticos.

No domínio da Amabilidade (A) a média da amostra revela uma diferença não significativa quando comparada com a média populacional o que nos leva a acrescentar que este grupo clínico se apresenta com características de desconfiança, manipulação e irritabilidade. No geral, este domínio refere-se à qualidade da orientação interpessoal. Assinalamos a existência de uma diferença muito significativa na faceta A3-Altruísmo o que nos indica a presença de comportamentos altruístas.

No domínio da Conscienciosidade (C) a média da amostra revela uma diferença muito significativa quando comparada com a média populacional.

Podemos considerar que este grupo clínico apresenta características de auto-disciplina, confiança, ambição e perseverança. Assinalamos a existência de uma diferença muito significativa na faceta C6-Deliberação, que nos remete para a presença de características de planificação e ponderação; e diferenças significativas nas facetas C1-Competência e C2-Ordem que nos remetem para características de prudência e eficácia e, organização e ordem, respectivamente.

Sintetizando, no nosso grupo clínico, e com base no NEO-PI-R, encontramos as seguintes características, face à população portuguesa em geral: 1) Domínio N e respectivas facetas: preocupação, nervosismo, insegurança emocional, sentimentos de inadequação e incompetência, tendência para a descompensação emocional e a experimentar afectos negativos, presença de desejos e necessidades excessivas, presença de respostas de coping desadequadas, características hipocondríacas, de tensão, preocupação e apreensão, e, incapacidade de resistir às tentações com tendência a ceder aos desejos; 2) Domínio E e respectivas facetas: apresentam-se reservados, pouco exuberantes e orientados para a tarefa, com características de dominância, confiança, decisão, amigáveis, conversadores e afectuosos; 3) Domínio O e respectivas facetas: características de criatividade, imaginação e originalidade, sensação de sonhar acordado em conjunto com a elaboração de fantasias, tolerantes e não conformistas, presença de respostas emocionais, sensibilidade, empatia, valorização dos próprios sentimentos, curiosidade intelectual, orientação teórica e analíticos; 4) Domínio A e respectivas facetas: características de desconfiança, manipulação e irritabilidade com presença de comportamentos altruístas; e, 5) Domínio C e respectivas facetas: características de auto-disciplina, confiança, ambição, perseverança, planificação, ponderação, prudência, eficácia, organização e ordem.

Yanovski (citado por Barros, 1997) ao estudar as características da personalidade de obesos através do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI) encontrou nos obesos com diagnóstico de perturbação de ingestão compulsiva (PIC) maior pontuação nos itens Depressão, raiva, impulsividade, hipersensibilidade, ansiedade, isolamento social, alienação e preocupações somáticas; sendo que quanto maior a gravidade da PIC maior a pontuação nestes itens. Infelizmente, não nos é possível efectuar uma comparação linear com esta investigação uma vez que este Instrumento não se encontra validado e aferido para a população portuguesa, assim como a PIC não foi avaliada na nossa

Investigação. No entanto, tomamos a liberdade de realizar uma comparação abusiva utilizando os resultados obtidos através do NEO-PI-R.

Em ambas as investigações se pode considerar que os sujeitos obesos apresentam características de: impulsividade, hipersensibilidade, preocupações somáticas, raiva e alienação.

Com base no estudo efectuado por Halmi et al. (1980) com sujeitos obesos submetidos a Bypass gástrico, entrevistados para diagnóstico psiquiátrico com base nos critérios do DSM-III, registaram uma prevalência no Eixo I de diagnósticos psiquiátricos de 47.5% ocorrendo 28.7% de perturbações depressivas. Concluem que não existe evidência de um aumento da prevalência de perturbações psiquiátricas nos sujeitos obesos quando se utilizam rigorosamente os critérios de diagnóstico.

No que diz respeito ao DEBQ, e com base nos valores obtidos através da análise estatística t-student para comparação de uma amostra, esta amostra revela uma diferença muito significativa nas três dimensões, quando comparada com a média populacional. Isto é, esta amostra revela-se com mais características de Ingestão por razões emocionais e externas, efectuando maior restrição alimentar, do que a população portuguesa em geral. Deste modo, esta amostra exerce regularmente um esforço adicional para controlar o apetite e ingestão de alimentos envolvendo-se em dietas; existe maior perda de controlo da ingestão por exposição a factores de stress emocional com consequente desinibição alimentar nessa situação; e, maior desinibição ou perda do controlo devido a factores externos intrínsecos aos alimentos ou à situação social em que são ingeridos, relativamente à população portuguesa geral.

Um resultado elevado numa das dimensões implica um modo de reagir aos alimentos que se traduz num padrão ou estilo alimentar.

No estudo de Carmo (2001) com sujeitos obesos existe uma prevalência de sujeitos com alterações do comportamento alimentar, nomeadamente comportamentos bulímicos, que se traduz clinicamente por tentativas de restrição alimentar seguidas de compulsão. No entanto, fica a dúvida se a compulsão alimentar é uma causa da obesidade ou uma consequência da prática contínua de dieta. Neste estudo a autora encontra ainda um score elevado na patologia depressiva, a nível da ineficácia, perfeccionismo, mal-estar interpessoal, mal-estar introspectivo e medo da maturidade. Refere ainda não ter encontrado uma relação de proporcionalidade entre o excesso de peso e as alterações do comportamento e a

sintomatologia psíquica. Carmo (2001) menciona inclusive a identidade obesidade com alterações de comportamento alimentar.

Fanques (citado por Moreno & Bonfim, 2004) refere que a dificuldade em tolerar a frustração pode ser amenizada através da ingestão alimentar uma vez que o acto de comer compensa a desestabilização psicológica.

Com base no coeficiente de correlação de Pearson obteve-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa somente entre a dimensão Ingestão_Emocional e a dimensão Ingestão_Externa, o que replica o resultado obtido na validação para Portugal. No entanto, ao contrário do obtido pelo autor Viana et al (2003) não se regista uma correlação positiva entre a restrição alimentar e a ingestão emocional.

Com base nos resultados obtidos através dos coeficientes de correlação entre o I.M.C. e as facetas N1 e N3 do NEO-PI-R, pode-se referir que não existe uma relação entre estas variáveis.

Estudos comunitários efectuados em larga escala nos Estados Unidos da América, sobre a relação entre o IMC e distúrbios emocionais, revelam não existir uma diferença significativa entre os sujeitos obesos e não-obesos relativamente ao funcionamento psicológico (Faith & Allison, 2000). Inclusive, estes dados, baseados em instrumentos psicométricos, vêm contradizer os estudos psicanalíticos iniciais que tipicamente se focavam em medidas idiográficas e interpretações clínicas. Assim, a maioria destes estudos não encontrou diferenças no funcionamento psicológico entre obesos e não obesos sendo que inclusive alguns estudos registaram valores menores de ansiedade e depressão entre os sujeitos obesos. No entanto, com base em estudos recentes, sugere-se que a depressão e a raiva correlacionam-se positivamente com mulheres obesas embora o efeito de dimensão seja diminuto e a nível europeu, revelam uma provável associação entre obesidade e psicopatologia. Na Suécia (Faith & Allison, 2000) registou-se uma elevação significativa na ansiedade e depressão, assim como um menor bem-estar psicológico entre os obesos, face a não-obesos. Inclusive, os obesos mórbidos referem um menor bem-estar psicológico face aos obesos moderados.

Com base no Esquema heurístico para conduzir a avaliação psicológica nos sujeitos obesos apresentado anteriormente, referimos o estudo de Ross (1994) que descobriu uma associação significativa entre o IMC e a depressão. No entanto, quando se introduziu na equação as práticas alimentares de dieta e as auto-

percepções de saúde, a associação entre o IMC e a depressão não foi estatisticamente significativa.

Para Travado et al (2004) o IMC correlaciona-se positivamente com as alterações da ansiedade, com base na escala HADS, e com a maior parte das subescalas do MCMI-II, isto é, a nível da validade: sinceridade e alteração; na personalidade básica: evitante e auto-derrotista; na perturbação da personalidade: esquizotípica e paranóide; síndromes clínicas de gravidade moderada: ansiedade, distímia, abuso / dependência de álcool; e, síndromes clínicas de gravidade elevada: perturbação do pensamento, depressão major e alucinações. Segundo estes autores, quanto maior o IMC maior o nível de alteração emocional e psicopatológica. Acrescenta ainda a existência de uma correlação positiva entre a sub-escala compulsividade e a deseabilidade, a personalidade esquizóide e dependente, a perturbação da personalidade paranóide e o distúrbio somatoforme.

Quanto à relação entre IMC e Depressão não foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, no estudo efectuado por Rebelo et al (2004). No entanto, os sujeitos que realizaram bypass gástrico apresentam maiores índices de depressão, com base no MMPI (versão reduzida), face aos que realizaram banda gástrica, assim como os que têm diagnóstico de obesidade mórbida apresentam maiores níveis de depressão face aos sujeitos com obesidade grau I e grau II.

Teste do Desenho da Figura Humana

O desenho como técnica projectiva reflecte uma impressão do todo individual como uma “gestalt” organizada que aparece em toda a sua extensão (Campos, 2000).

Com base nos resultados obtidos no Desenho da Figura Humana, e apresentados anteriormente, pode-se referir que, no geral, os sujeitos desenharam uma figura humana completa sempre em posição vertical.

Relativamente aos “Aspectos Gerais do Desenho”, os sujeitos, no geral, ocuparam a folha toda tendo efectuado um desenho central; desenharam uma figura considerada grande (mais de 16 centímetros) e simétrica sem movimento; efectuaram pouca pressão com o lápis/caneta durante a execução do desenho utilizando uma linha de desenho considerada média em relação à espessura com adopção de traço contínuo.

A relação entre o tamanho da figura e o espaço disponível na folha pode estabelecer um paralelo com a relação dinâmica entre o sujeito e o seu ambiente sendo que o tamanho da figura indica a forma pela qual o sujeito reage à pressão do ambiente. Deste modo, o tamanho da figura revela indicações sobre a auto-estima ou fantasias de auto-superação. Assim, o desenho de uma figura grande ou exageradamente grande poderá ser indicador de fantasia, tendências narcisistas e agressivas. Mas, como referido por Thomson et al (citado por Faith & Allison, 2000) os obesos demonstram uma tendência a sobrestimar as dimensões corporais, acrescentando que esta sobrestimação não se correlaciona com a depressão nem com o neuroticismo. A realização de um desenho em posição central pode indicar que o sujeito se encontra ajustado. O desenho de uma figura simétrica bilateral poderá indicar a presença de um sistema obsessivo-compulsivo de controlo emocional assim como a presença de sintomatologia depressiva. A não utilização do movimento, ou a presença de uma tensão cinestésica, encontram-se associados a repressão aos estímulos interiores, com inibição, sendo indicador de neurose. O uso de um traço efectuado com pouca pressão pode ser indicador de repressão, depressão, neurose e sentimentos de inadequação.

Quanto aos “Aspectos Formais do Desenho”, no geral apresentaram uma figura estereotipada ou sem denotar a sua idade desenhada de frente (excepcionalmente alguns sujeitos desenharam a figura de perfil) representando um corpo parcial, isto é, sem extremidades (mãos, pés, dedos); sendo que desenharam somente o corpo, mas com vestuário; existindo retoques, sombras, omissões e borrões no desenho; não desenharam aspectos anatómicos internos na figura; apresentaram um nível de detalhe adequado.

A Posição frontal da figura revela uma aceitação do seu género sexual com resolução da fase edipiana. Nas situações em que a figura se encontra de perfil pode existir dissimulação com incapacidade de enfrentar o meio. O desenho de uma figura sem extremidades pode ser indicador do uso de um mecanismo de compensação, com presença de angústia de castração e alterações na dinâmica social. A presença de retoques, sombras, omissões e borrões no desenho da figura são indicadores de insegurança, dissimulação, conflito e ausência de integração das tendências à actividade motora como descarga de impulsos agressivos. O local da figura onde surgem os retoques e a repassagem do traço indicam que ao zona do

corpo onde o conflito está presente. Nesta amostra, os retoques e a repassagem do traço estão presentes nos braços, abdómen e pernas.

Em relação aos “Aspectos de Conteúdo”, representaram figuras com cabeça e cabelo; desenharam um rosto com olhos, nariz e boca; desenharam pescoço e cintura; não desenharam de um modo explícito seios ou nádegas nem abdómen; desenharam braços, cintura e pernas; não representaram órgãos genitais.

A cabeça é a parte do corpo onde se localiza o Eu, sendo que a ausência desta se encontra associada a situações de neurose, depressão e inadequação social. Ao longo dos desenhos os sujeitos enfatizaram a representação da cabeça sendo esta alvo de detalhes mais acurados do que o resto do corpo que se apresentava vagamente esquematizado. Esta situação pode ser indicadora de utilização da fantasia como estratégia compensatória com presença de sentimentos de inferioridade ou vergonha em relação ao resto do corpo. A representação de olhos, nariz e boca, ou seja, de um rosto humano completo, indica a ausência de características psicóticas mas com possibilidade de restrição à figura desenhada. Sendo o pescoço uma zona de conflito entre o controle emocional e os impulsos corporais, a sua presença indica que nada há a assinalar. A cintura pode ser caracterizada como um elemento que marca a delimitação do tórax com a área genital significando a existência de controlo dos impulsos sexuais e corporais, assim como a presença de vestuário não indica problemática sexual. No entanto, o facto de a representação das pernas estar incompleta pode indicar a existência de dificuldades ao nível sexual. A presença de um tronco arredondado revela a existência de agressividade.

Salienta-se uma prevalência de sujeitos que não efectuaram o desenho da figura humana: os que já realizaram cirurgia de banda gástrica.

O facto de tanto os sujeitos que aguardam cirurgia como os que realizaram banda gástrica terem efectuado um desenho da figura humana grande poderá ser indicador de fantasia, tendências narcisistas e agressivas. No entanto, os que já efectuaram banda gástrica desenharam mais vezes figuras pequenas face aos que aguardam cirurgia. O desenho de uma figura pequena poderá indicar a presença de problemática emocional, com inibição da personalidade, repressão da agressividade e sentimentos de inferioridade.

Kotkov e Goodman (Campos, 2000), que investigaram as premissas básicas da projecção da imagem do próprio corpo no desenho, compararam o desenho de uma figura humana efectuado por mulheres obesas, com os desenhos efectuados por

um grupo de controlo composto por mulheres não obesas. Concluíram que na maioria dos casos as figuras dos desenhos das mulheres obesas eram maiores do que os do grupo de controlo.

Tanto os sujeitos que aguardam cirurgia como os que a realizaram desenham uma figura simétrica e sem movimento utilizando pouca pressão no traço. Como focado anteriormente, este tipo de representação poderá indicar a presença de um sistema obsessivo-compulsivo de controlo emocional, a presença de sintomatologia depressiva, a presença de repressão aos estímulos interiores, com inibição, com possibilidade de presença de traços indicadores de neurose.

Enquanto que os sujeitos que aguardam cirurgia desenharam com maior frequência uma figura estereotipada, os que realizaram banda gástrica foram os únicos a desenhar figuras mais jovens. O desenho de uma figura mais jovem poderá ser indicador de um desejo de regresso à infância ou do facto de a própria cirurgia despoletar alterações a nível do mecanismo perceptivo corporal.

Os sujeitos que aguardam cirurgia efectuaram figuras em que utilizaram com maior frequência o retoque, registando-se o oposto naqueles que efectuaram banda gástrica e bypass gástrico. De algum modo, como visto anteriormente, a expressão do conflito que os retoques demonstram, encontra-se, hipoteticamente, resolvida ou recalcada após a realização da cirurgia.

Num estudo efectuado por Meyer, Brown e Levine (citado por Campos, 2000) com sujeitos que iriam ser e foram submetidos a cirurgia, descobriu-se que os sujeitos reflectiam no desenho indicadores de conflito na área a ser operada, concluindo que existiam evidências de lateralidade anatómica com elevada consistência no auto-retrato projectado nos desenhos. Acrescentam ainda que os desenhos reflectem ainda o chamado stress situacional isto porque, os desenhos efectuados por sujeitos que aguardavam cirurgia mostravam mais características regressivas que se desenvolviam depois da cirurgia.

No que diz respeito ao desenho do rosto completo (com olhos, nariz e boca) os sujeitos que aguardam cirurgia apresentaram com maior frequência a ausência deste face aos que já realizaram cirurgia, assim como o desenho do pescoço. Com base na interpretação de que a presença do desenho do rosto humano completo indica a ausência de características psicóticas mas com possibilidade de restrição à figura desenhada e que o pescoço simboliza a zona de conflito entre o controle emocional e os impulsos corporais; podemos considerar que este tipo de conflito não se encontra

presente e que os sujeitos que aguardam cirurgia não se restringem à figura desenhada.

Os sujeitos que já realizaram cirurgia de banda gástrica representam com maior frequência o desenho explícito de seios; o que poderá ser indicador de alterações ao nível da sexualidade.

Os sujeitos que aguardam cirurgia desenhavam com mais frequência cintura que os que realizaram banda gástrica sendo que o desenho da cintura indica controlo dos impulsos sexuais e corporais. Os que efectuaram banda gástrica desenhavam explicitamente com mais frequência nádegas.

Os sujeitos que aguardam cirurgia representam com mais frequência o abdómen face aos que realizaram banda gástrica o que revela uma problemática centrada nesta área da imagem corporal.

Somente um sujeito, que aguarda cirurgia, representou uma figura humana sem braços e sem pernas, o que pode ser indicador de rompimento com o mundo exterior.

Para Beneditti (citado por Moreno & Bonfim, 2004) o emagrecimento rápido pode originar a mobilização de angústias e tristezas consideradas insuportáveis. A cirurgia bariátrica origina uma perda de peso considerável num espaço de tempo curto sem alterar proporcionalmente a imagem corporal, isto porque as alterações no modo como o sujeito se vê e se percebe são graduais e dependentes de uma consciencialização do modo de viver.

Por fim, a realização de comentários na folha de desenho, sendo os mais frequentes o “não sei desenhar”, podem ser indicadores da presença de uma auto-crítica.

As defesas estereotipadas são aplicadas com mais dificuldade nas projecções grafo-motoras do que nas verbais sendo que os conflitos mais profundos frequentemente reflectem-se mais rapidamente no papel (Campos, 2000).

Ao aumentarem as preocupações com o corpo irão existir maiores preocupações com o peso, forma corporal e alimentação, maior restrição alimentar e sobrealimentação, e maior insatisfação corporal (Santos & Baptista, 2004). Rosen (1996) acrescenta que a consequência psicossocial mais consistente nos sujeitos com obesidade é a insatisfação corporal.

Torna-se necessário efectuar mais investigações para compreender a relação entre obesidade e factores psicológicos uma vez que muitas dúvidas se mantêm.

Será a obesidade uma consequência das características da personalidade e da psicopatologia existente, ou será que são as características da personalidade e a psicopatologia existente que influenciam a obesidade?

Com base no estudo efectuado por Santos & Baptista (2004) com um grupo não clínico (estudantes universitários) e um grupo clínico (sujeitos diagnosticados com Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Obesidade), os obesos revelam menos restrição, menos preocupações com a alimentação, menos sobrealimentação, menos satisfação a nível corporal e maior deseabilidade social; em comparação com os outros sujeitos clínicos e não clínicos.

Segundo uma investigação efectuada por Guisado e col. (2001) com sujeitos obesos submetidos a cirurgia bariátrica, foi descoberta uma relação entre o peso inicial e a perda de peso, em que os sujeitos que apresentavam maior peso foram os que perderam maior quantidade do mesmo, sendo que a percentagem de peso perdido está associada com o comportamento alimentar a nível da insatisfação corporal e desinibição; com a qualidade de vida a nível do afecto positivo; com psicopatologia (hostilidade); com traços de personalidade narcísicos e com o status marital a nível da distorção idealista do mesmo. Estes autores concluem deste modo que a satisfação com o peso perdido após a cirurgia melhora o comportamento alimentar, a qualidade de vida, e, o status psicológico e marital.

No estudo de Larsen et col (1989) com sujeitos obesos submetidos a gastrobandoplastia e avaliados um e três anos após a cirurgia através do Inventário de Características Básicas, com o objectivo de comparar os resultados no pré-operatório ao nível da personalidade com os da população normal, concluíram que existe uma tendência para a obtenção de resultados mais elevados ao nível da insegurança, sensibilidade, dependência, instabilidade emocional e adesão no grupo clínico em comparação com a população normal. Na avaliação efectuada um ano após a cirurgia registaram uma diminuição significativa ao nível destes traços sendo esta mais pronunciada a nível da insegurança e da sensibilidade. Por outro lado, registaram um aumento significativo ao nível dos traços obsessivos. Enquanto grupo não registaram diferenças adversas nos seus traços de personalidade, mas demonstraram características menos neuróticas e com maior demonstração de controlo sobre o exterior.

Em 2000, Lang et col procuraram, junto de candidatos a cirurgia bariátrica, determinar: sintomas físicos e psicológicos, alterações no comportamento alimentar,

o grau de satisfação com a vida, a incidência de sintomas psicológicos, e a relação entre marcadores psicológicos e psicossociais. Concluíram que a maioria dos sujeitos demonstrava múltiplos sintomas somáticos e co-morbilidades associadas; os resultados das escalas psicométricas utilizadas (SCL-90-R e HADS) eram mais elevados do que na população normativa; a satisfação com a vida e com a saúde eram baixas; o comportamento alimentar era caracterizado por irritabilidade, desinibição e raiva; 46% dos sujeitos sofriam de pelo menos uma desordem psiquiátrica (10% exibiam uma perturbação da personalidade e 15% uma perturbação da adaptação) enquanto metade dos sujeitos exibiam uma perturbação do comportamento alimentar sendo que 6% foram diagnosticados com Bulimia. Apesar da fraca correlação entre o I.M.C. e o SCL-90-R, os sujeitos que apresentavam perturbações psiquiátricas apresentavam I.M.C. mais elevados. Não foram encontradas evidências de correlação entre variáveis psicossociais e sócio-demográficas.

No estudo efectuado por Travado et col (2004), e com base na escala de personalidade de MCMI-II, encontraram alterações clínicas significativas ao nível da personalidade compulsiva, e um aumento indicador de psicopatologia nas escalas de personalidade esquizóide, evitante, dependente, histriónica, narcísica, anti-social, agressiva, passiva-agressiva e auto-derrotista. Registam ainda um valor elevado na escala deseabilidade social. Não registaram alterações significativas nas escalas de perturbação da personalidade e nas escalas de síndromes clínicas de gravidade moderada. Quanto às alterações emocionais verificaram um resultado borderline para a ansiedade e um valor médio para a depressão que no total e em média se traduz na presença de alterações emocionais com significado clínico.

Segundo Faith & Allison (2000) qualquer associação entre obesidade e psicopatologia pode reflectir uma reacção emocional a uma condição física e ao tratamento social, em vez de uma condição psicossomática preexistente.

Fettes & Williams (2000) referem um estudo efectuado com sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica em que se concluiu que estes apresentavam substancialmente maiores níveis de psicopatologia do que os sujeitos obesos mórbidos que não fizeram ou não queriam cirurgia, sugerindo assim que é inapropriado realizar generalizações com base em sujeitos clínicos submetidos ou à espera de cirurgia bariátrica, à população obesa mórbida em geral.

O comportamento alimentar exerce uma influência directa na saúde e na doença sendo por si só digno de ser investigado através dos métodos da Psicologia e

operacionalizado através dos Modelos da Psicologia da Saúde visando a prevenção da doença e a promoção da saúde.

As teorias da Psicologia da Saúde enfatizam a importância dos factores individuais e ambientais na predição de comportamentos de saúde. As características de personalidade assumem-se como estando subjacentes aos factores individuais, podendo afectar e ser afectados pelos factores ambientais.

O comportamento alimentar desadequado é um factor de risco para uma variedade de doenças sendo por isso referenciado como uma área da promoção da saúde onde se deve investir de modo a promover uma mudança nos hábitos alimentares com o objectivo último de diminuir a mortalidade e morbilidade associadas à obesidade. Isto porque, existe uma evidência entre comportamento individual e obesidade (Morgado, 2004).

A maioria dos estudos sobre a personalidade em sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica restringe-se a uma ano de follow-up após a realização da mesma. Durante este período, a grande maioria dos sujeitos perde uma elevada quantidade de peso experimentando deste modo uma melhoria no seu bem-estar psicológico o que promove de algum modo a manutenção dos comportamentos de saúde. No entanto, dois anos após a realização da cirurgia o peso estabiliza ou aumenta, sendo que o reforço psicológico diminui. Espera-se que o estudo dos traços e factores de personalidade sejam de algum modo importantes na predição da perda de peso e no período de estabilização do mesmo.

O acto de comer pode ser encarado pelos sujeitos como um mecanismo compensatório da solidão, da frustração e do esquecimento. Por vezes, o acto de ingestão pode ser acompanhado de um desconhecimento de controlo interno e dos limites sendo a frustração uma referência ao mundo interno a que se foge. Realiza-se como que uma procura no exterior daquilo que não se quer procurar no nosso interior.

CONCLUSÃO

O estudo dos factores de personalidade, do comportamento alimentar e da imagem corporal nos sujeitos obesos mórbidos encontra-se numa fase inicial no que diz respeito à produção de conhecimentos na área em causa. A ausência de consenso, embora desnorteadora, é um aspecto positivo na medida em que estimula a produção de novos estudos com delineamentos metodológicos mais sofisticados e consequentes conclusões mais fiáveis.

A informação sobre a incidência de psicopatologia ou sobre a prevalência de determinados factores da personalidade é de extrema utilidade do ponto de vista do delineamento de um tratamento na obesidade mórbida. Deste modo, a consideração dos factores psicológicos envolvidos na obesidade é fundamental para pensarmos nas suas causas e tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adami, G. F.; Gandolfo, P.; Campostano, A.; Bauer, B.; Cocchi, F. & Scopinaro, N. (1994). Eating disorder inventory in the assessment of psychosocial status in the obese patients prior to and at long term following biliopancreatic diversion for obesity. International Journal of Eating Disorders, 15, 265-274.
- Adami, G. F.; Meneghelli, A.; Bressani, A. & Scopinaro, N. (1999). Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. Journal of Psychosomatic Research, 46, 3, 275-281.
- Allison, D. B. & Heshka, S. (1993). Emotion and eating in Obesity? A critical analysis. International Journal of Eating Disorder, 13, 289-295
- Alvarez-Estrada, A. M. (2001). Nuevos trastornos emergentes. Obesidad mórbida. Conceptos y tratamiento médico. In E. Garcia-Camba (Ed.). Avances en transtornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad (pp.321-346). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Lisboa: Climepsi.
- Anzieu, D. (1978). Os métodos projectivos. Rio de Janeiro, RJ: Campus.
- Ballone, G. J. (2005). Obesidade. [On-line]. Available: <http://www.psiqweb.med.br>
- Barrera, E. L. (2001). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. In E. Garcia-Camba (Ed.). Avances en transtornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad (pp.365-382). Barcelona: Masson.
- Barros, C. (1997). Compulsão alimentar na Obesidade. Aletheia, Nº 5, 65-70.
- Becoña, E. (1987). Últimos avanços no tratamento comportamental da obesidade. Jornal de Psicologia, 6, 5, 9-13.
- Berman, W. H.; Berman, E. R.; Heymsfield, S.; Fauci, M. & Ackerman, S. (1992). The incidence and comorbidity of psychiatric disorders in obese clinic patients. Journal Personality Disorder, 6, 168-175.
- Black, D. W.; Goldstein, R. B. & Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. American Journal of Psychiatry, 149(2), 227-234.
- Blázquez, V. G.; Lauffer, J. C.; Gutiérrez del Álamo, J. Q.; Moreno, G. & Moreno, C. (2003). Aspectos clínicos de la obesidad. In A. Moreno (Ed.), Transtornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia nerviosas, Obesidade y Atracones (pp. 253-266). Barcelona: Masson.
- Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. Psychological Bulletin, Vol 117, 2, 187-215.
- Botelho, T. (1999). Personalidade Materna e Prematuridade. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Botwin, M. (2004). Revised NEO Personality Inventory. Retrieved Setembro 25, 2005 da EBSCOhost database on the World Wide Web: <http://www.search.epnet.com>
- Bruch, H. (1961). Psychological aspects in overeating and obesity. Psychosomatics, 5, 269-274.
- Bruch, H. (1973). Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within. Houston, Texas: Basic Books.

Bull, R. H.; Engels, W. D.; Engelsmann, F. & Bloom, L. (1983). Behavioural changes following gastric surgery for morbid obesity: a prospective, controlled study. Journal of Psychosomatic Research, 27, 457-67.

Busato de Azevedo, M. A. & Spadotto, C. (2004). Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. Temas em Psicologia da SBP, Vol 12, 2.

Bychowski, G. (1950). On neurotic obesity. The Psychoanalytic Review, 37 (4), 301-319.

Campos, D. M. S. (2000). *O Teste do Desenho como Instrumento de Diagnóstico da Personalidade* (33ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

Carmo, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Carmo, I. (2003). *Porque não Consigo Parar de Comer*. Lisboa: Dom Quixote.

Cash, T. F. & Hicks, K. L. (1990). Being fat versus thinking fat: relationship with body image, eating behaviours, and well-being. Cognitive Therapy and Research, 14, 327-341.

Castelnuovo-Tedesco, P. & Schiebel, D. (1975). Studies on superobesity: I. Psychological characteristics of superobese patients. International Journal of Psychiatry Medicine, 6 (4), 465-480.

Chalmers, D. K.; Bowyer, C. A.; Olenick, N. L. (1990). Problem drinking and obesity: a comparison in personality patterns and life-style. International Journal Addict, 25(7), 803-817.

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

Clerici, M.; Albonetti, S.; Papa, R.; Penati, G. & Invernizzi, G. (1992). Alexithymia and obesity. Study of the impaired symbolic function by the Rorschach test. Psychother Psychosom, 57(3), 88-93.

Direcção Geral da Saúde (D.G.S.) (2004). A Obesidade como Doença Crónica.

Direcção Geral da Saúde (D.G.S.) (2004a). A Obesidade como Doença Crónica. Circular Informativa nº 9/DGCG de 25/03/2004.

Direcção Geral da Saúde (D.G.S.) (2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular Informativa nº 3/DGCG de 17/03/2005.

Echeburúa, E. & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria com los transtornos de personalidad. Psicologia Conductual, Vol 9

Espmark, S. & Jonsson, B. (1982). Overeating for psychological reasons. Stockholm: Naeringsforskning, 4, 128-131.

Estrada, A. M. (2001). Nuevos transtornos emergentes. Obesidad mórbida. Conceptos y tratamiento médico. In E. García-Camba (Ed.), Avances en Transtornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad (pp.321-346). Barcelona: Masson, S.A.

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

Ferreira, T. (s/d). Transtornos emocionais são inimigos na luta contra a obesidade, [On-line]. Available: www.unifesp.br/comunicação/jpta/ed157/pesq7.htm (15 Nov. 2005).

Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

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

Foz-Sala, M. (1999). Obesity prevalence and obesity image in Spain. *Journal Physiol Biochem*, 55(2), 103.

Grana, A. S.; Coolidge, F. L. & Merwin, M. M. (1989). Personality profiles of the morbidly obese. *Journal Clinical Psychol*, 45, 762-765.

Greeno, C. G. & Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115, 444-464.

Halmi, K. A.; Long, M. Stunkard, A. J. & Mason, E. (1980). Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. *American Journal of Psychiatry*, 137(4), 470-472.

Hernani, K. N. (2001). Aspectos psiquiátricos de la obesidad. In E. Garcia-Camba (Ed.). *Avances en transtornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp.347-364). Barcelona: Masson.

Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hopkinson, G. & Bland, R. C. (1982). Depressive syndromes in grossly obese women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 213-215.

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

Glinski, J.; Wetzler, S. & Goodman, E. (2001). *The psychology of gastric bypass surgery*. *Obesity Surgery*, 11 (5), 581-588.

Grilo, C. M. (2000). Treatment of obesity: an integrative model. In J. K. Thompson (Ed.). *Body Image, Eating Disorders, and Obesity* (3rd ed) (pp.389-423). Washington: American Psychological Association.

Guisado, J. A.; Vaz, F. J.; Lopez-Ibor, J. J. & Rubio, M. A. (2001). Clinical features and weight loss in patients with morbid obesity after bariatric surgery. *Nutr Hosp*, 16(5), 170-174.

Guisado, J. A.; Vas, F. J.; Alarcón, J.; Béjar, A.; Casado, M. & Rubio, M. (2002). Psicopatología en pacientes com obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana Endocrinol*, 13(1), 29-34.

Guisado, J. A. & Vaz, F. J. (2003). Personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 13(3), 394-398.

Gutiérrez del Álamo, J. Q.; Gómez, J. F.; Moreno, G.; Lauffer, J. C.; & Moreno, C. (2003). Aspectos terapéuticos de la obesidad. In A. Moreno (Ed.), *Transtornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia nerviosas, Obesidade y Atracões* (pp. 267-280). Barcelona: Masson.

Lang, T.; Hauser, R.; Schlumpf, R.; Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (2000). Psychological comorbidity and quality of life of patients with morbid obesity and requesting gastric banding, [On-line]. Available: www.pubmed.com (Junho 2006).

Larsen, F. & Torgersen, S. (1989). Personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity. A Prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3), 323-334.

Larsen, J. K.; Geenen, R.; Maas, C.; Pieter de Wit; Tiny van Antwerpen, Brand, N. & Bert van Ramshorst (2004). Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obesity Research*, 12, 1828-1834.

Lauffer, J. C.; Gutiérrez del Álamo, Q.; Moreno, C. G.; Blázquez, G. & Moreno, A. C. (2003). Transtorno por atracones. In A. Moreno (Ed.), Transtornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona: Masson.

Lima, M. P. (1997). *NEO-PI-R, Contextos Teóricos e Psicométricos. "OCEAN" ou "iceberg"?*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Lima, M. P. & Simões, A. (1997). O Inventário da Personalidade NEO-PI-R: Resultados da Aferição Portuguesa. Psychologica, Vol 18, 25-46.

Lima, M. P. & Simões, A. (2000). NEO-PI-R, Inventário de Personalidade Neo Revisto. Manual Profissional (1ª edição). Lisboa: CEGOC-TEA, Lda – Investigação e Publicações Psicológicas.

Lima, M. O. & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R). In M. Gonçalves; M. Simões; L. Almeida & C. Machado (Eds.). Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa. Coimbra: Quarteto.

Machover, K. (1962). *Proyeccion de la Personalidade n el Dibujo de la Figura Humana*. Habana: Cultural, SA.

Macias, J. & Vaz Leal, F. (2002). Personality Assessment in Morbid Obesity, [On-line]. Available: <http://www.gipsy.uni-goettingen.de/gjp-article-macias2.pdf> (Jan 2006).

Maddi, S. R.; Ross, F. S.; Harvey, R. H.; Lu, J.; Khoshaba, D. M. & Persico, M. (2001). Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. Obesity Surgery, Vol.11, 6(1), 680-685.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? Journal of Personality, 63:3, 365-393.

McCrae, R. R.; John, O. P. & Costa, P. T. (1992). An introduction to the five factor model and its applications, special issue, "the five factor model: issues and applications". Journal of Personality, 60:2, 175-210.

McReynolds, W. T. (1982). Toward a Psychology of obesity: review of research on the role of personality and levels of adjustemts. International Journal of Eating Disorders, 2, 37-57.

Mills, J. R. & Andrianopoulos (1993). The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. Journal Psychol, 127(5): 547-551.

Moreno, C. & Bonfim, T. (2004). A imagem corporal e pós cirúrgica em pacientes com obesidade mórbida. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp.573-579). Lisboa: ISPA.

Morgado, A. (2004). Programa de controlo da obesidade. In Trindade, I. & Teixeira, J. (Eds.), Actas da V Conferência de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários: Psicologia, Promoção da Saúde e Prevenção (pp.151-163). Lisboa: ISPA.

Nisbett, R. (1972). Hunger, obesity and the ventromedial hipothalamus. Psychological Review, 79, 433-453.

Ogden, J. (1993). The measurement of restraint: confounding sucess and failure? International Journal of Eating Disorders, 13, 69-76.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde (2ª. Ed.)*. Lisboa: Climepsi.

Patrão, I. & Leal, I. (2004). Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos Big Five. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp.530-544). Lisboa: ISPA.

Peres, R. S. (2002). O desenho da figura humana de Machover aplicado em andarilhos de estrada. Psicologia: Teoria e Prática, 4(1), 81-92.

Peres, R. S. & Antônio dos Santos, M. (2006). Contribuições do desenho da figura humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. Medicina, Ribeirão Preto, 39(3), 361-370.

Polivy, J. & Herman, C. (1987). Diagnosis and treatments of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 635-644.

Rebello, A.; Cerveira, A.; Pereira, A. & Silva, M. (Junho, 2006). Depressão e Obesidade Mórbida – Caracterização dos utentes da consulta externa de Psicologia / Obesidade. Poster apresentado no Encontro Anual do Serviço de Psicologia Clínica do Hospital Pulido Valente, Lisboa.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, J. L. P. (2002). O Consentimento Informado na investigação em Psicologia da saúde é necessário? Psicologia, Saúde & Doenças, 3 (1), 11-22.

Rosen, J. (1996). Improving body image in obesity. In J. Thompson (Ed.), Body Image, Eating Disorders and Obesity. An Integrative Guide for Assessment and Treatment (pp. 425-440). Washington, DC: American Psychological Association.

Ross (1994). Overweight and depression. Journal of Health and Social Behavior, 35, 63-79.

Rubio, M. & Moreno, C. (2004). Tratamiento médico de la obesidad mórbida: alternativas actuales, límites y perspectivas. Cir Esp, 75(5), 219-224.

Santos, I. & Baptista, A. (2004). A imagem corporal nas perturbações alimentares e na obesidade. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.), X Conferência Internacional. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (pp.511-522). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Schlundt, D. G.; Taylor, D.; Hill, J. O.; Sbroc, T.; Pope-Cordle, J.; Kasser, T. & Arnold, D. (1991). A behavioural taxonomy of obese female participants in a weight-loss program. American Journal of Clinical Nutrition, 53, 1551-1558.

Segal, A. & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. Revista Brasileira Psiquiatria, 24 (Supl III), 68-72.

Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade (2006). [On-line]. Available: <http://www.spcop.pt>

Straub, R. (2005). Psicologia da Saúde. Porto Alegre: Artmed.

Stunkard, A. & Mendelson, M. (1967). Obesity and the body image: I. characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. American Journal of Psychiatry, 123, 1296-1300.

Stunkard, A. J.; Stinnet, J. L.; Smoller, J. W. (1986). Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. American Journal of Psychiatry, 143 (4), 417-429.

Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. Am Journal of Clinical Nutrition, 55(2 Suppl), 524S-532S.

Telch, C. F. & Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related?. International Journal of Eating Disorders, 15(1), 53-61.

Thomson, J. P.; Palmer, R. L. & Petersen, S. A. (1988). Is there a metabolic component to counterregulation? International Journal of Eating Disorders, 7, 307-319.

Thompson, J. K.; Penner, L. & Altabe, M. (1990). Procedures, problems, and progress in the assessment of body images. In T. F. Cash & Pruzinsky (Eds.), Body Images: Development, deviance and change (pp.21-48). New York: Guilford Press.

Thompson, J. K. (1992). Body Image: extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies and a proposal for a new DSM-IV diagnostic category – Body Image Disorder. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds). Progress in behaviour modification, vol 28, 3-54.

Thompson, J. (1996). *Body Image, Eating Disorders and Obesity. An integrative guide for assessment and treatments*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Timmerman, T. (2004). Relationships between NEO PI-R personality measures and job performance ratings of inbound call center employees. Applied H.R.M. Research, Vol 9 (1), 35-38

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.

Trinca, W. (1987). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo da apercepção temática*. São Paulo, SP:EPU.

Van Gemert, W. G.; Severeijns, R. M.; Greve, J. W.; Groenman, N. & Soeters, P. B. (1998). Psychological functioning of morbidly obese patients after surgical treatment. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 22 (5), 393-398.

Van Kolck, O. L. (1981). *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Van Kolck, O. L. (2001). *Testes projectivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: Pedagógica Universitária, 8º edição.

Van Strien, T.; Frijters, J. Berger's, G. & Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behaviour. International Journal of Eating Disorders, 5 (2), 295-315.

Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. Análise Psicológica, 4 (XX), 611-624.

Viana, V. & Sinde, S. (2003a). Estilo Alimentar: adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 1, 059-071.

Viana, V. & Sinde, S. (2003b). O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (D.E.B.Q.). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & Machado, C. (Eds.), Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa, Volume I (pp.99-112). Editora Quarteto.

Vieira, N.B. (2002). Obesidade Mórbida. [On-line].

Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (1987). Psychopathology and obesity. In R. J. Wurtman & J. Wurtman (Eds), Human Obesity. New York: New York Academy of Sciences.

Watson, D. & Clark, L. A. (1992). On traits and temperaments: general and specific factors of emotional experience and their relation to the five factor model, Special issue, "The five factor model: issues and applications". Journal of Personality, 60:2, 441-475.

WHO (2006). [On-line]. Available: www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en

Widiger, T. A. & Trull, T. J. (1997). Assessment of the five factor model. Journal of Personality Assessment, 68(2), 228-250.

Wing, R. & Klem, M. L. (1997). Obesity. In S. Gallant, G.P. Keita & R. Royak-Schaler (Eds.), Health Care for Women. Psychological, Social and Behavioral Influences (pp. 115-131). Washington: American Psychological Association.

Yanovski, S. Z.; Nelson, J. E.; Dubbert, B. K. & Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. American Journal of Psychiatry, 150, 1472-1479.

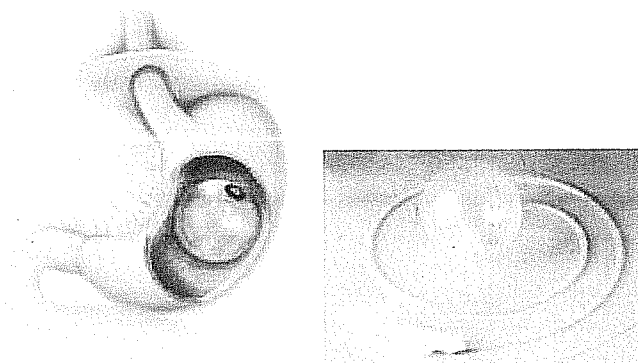
Zuckerman, M. (1995). Good and bad humours: biochemical bases of personality and it's disorders. Psychological Science, Vol6, 6, 325-332.

ANEXOS

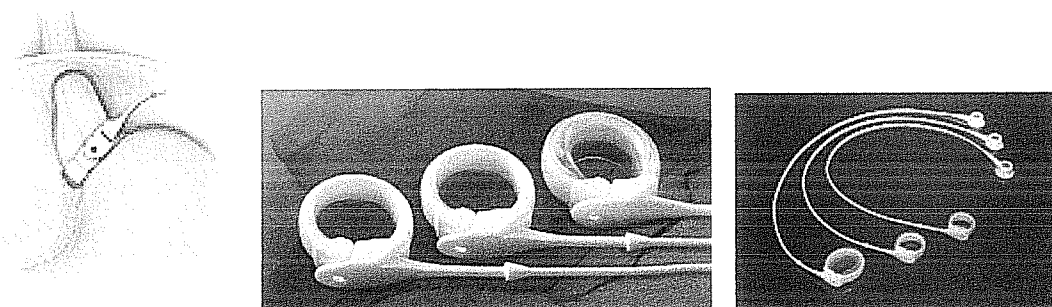
ANEXO A

Representação gráfica do Balão Intra-Gástrico, da Banda Gástrica Ajustável e do Bypass Gástrico

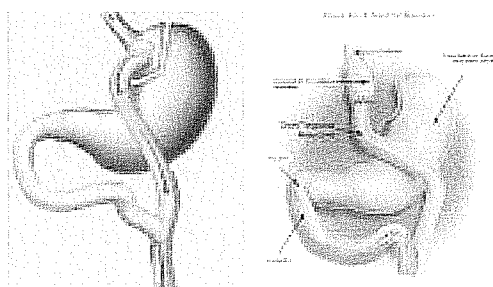
Balão Intra Gástrico



Banda Gástrica Ajustável



Bypass Gástrico



ANEXO B

Considerações acerca da Banda Gástrica Ajustável, do Bypass Gástrico e do Balão Intra Gástrico

Banda Gástrica Ajustável

Vantagens: tempo de hospitalização curto, a taxa de complicações imediatas pós-operatórias é baixa uma vez que não existem anastomoses gastrointestinais, não se produz uma alteração na digestão dos alimentos, é possível explorar o estômago através do uso de técnicas endoscópicas, facilmente reversível.

Desvantagens: implica restrição na qualidade dos alimentos de modo a que não se verifique um entupimento no orifício de saída, apresenta piores resultados em termos de perda de peso face ao Bypass Gástrico, custo elevado, resultados controversos.

Complicações possíveis: vômitos devido à ingestão de quantidades superiores à capacidade do reservatório gástrico, estenose da banda, esofagite, dilatação da bolsa, perfuração gástrica, náuseas e vômitos, obstrução, rotura ou fractura do depósito.

Contra-indicações: Super-Obesidade, sweet eaters, grintages.

Bypass Gástrico

Indicações: sweet eaters, Super-Obesidade, grintages, bulímicos e reintervenções cirúrgicas.

Vantagens: redução de cerca de 70% do excesso de peso que se mantém estável ao fim de cinco anos, não é necessário efectuar restrição alimentar.

Desvantagens: taxa de mortalidade de 1-2%, taxa de complicações pós-operatórias de 10%, dificuldade em explorar a parte do estômago excluída em caso de aparecimento de processos patológicos.

Complicações possíveis: peritonite por deiscência da sutura, estenose intestinal, anemia ferropénica, diarreias, litíase renal, síndrome de dumping.

B.I.G

Indicações: 1) Pacientes com IMC > 35 kg /m² com doenças associadas que não obtiveram sucesso no tratamento clínico da obesidade, que apresentam contra-indicações clínicas para o tratamento cirúrgico ou não aceitam a cirurgia como terapêutica; 2) Pacientes com IMC < 35 kg /m² com doenças secundárias à obesidade ou refractários ao tratamento clínico por mais de 3 anos; pacientes que não

podem usar medicamentos anti-obesidade ou que apresentam doenças secundárias ao tratamento da obesidade; (3) Preparação e selecção de pacientes com IMC > 50 kg /m² (superobesidade) para cirurgia de restrição gástrica; e, (4) Redução do risco anestesiológico para outras cirurgias.

Contra-indicações: úlcera gástrica, esofagite acentuada, hérnia do hiato, gravidez, uso de aspirina/anticoagulante, dependência de álcool ou drogas, doenças do colagénio, doença inflamatória intestinal, cirrose hepática, e, SIDA.

Complicações possíveis: desconforto gástrico, sensação de peso no abdómen, refluxo gastroesofágico (tratado com medicação), deflaccão do balão e obstrução intestinal (raro).

As seguintes questões servem apenas para caracterizar os participantes deste estudo. Todas as respostas dadas são confidenciais. Por favor, responda a todas as questões.

Data de preenchimento: Mês _____ Ano 200__

1. Idade _____
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Estado Civil: Casado Solteiro Viúvo Divorciado União de Facto
4. Raça: Caucasiana Africana Asiática Outra _____
5. Área de residência: Lisboa Porto Outra _____
6. Nível de Escolaridade: Primária Secundário Licenciatura Outra _____
7. Profissão _____
8. Situação Profissional: Activo Desempregado Reformado Baixa Outro _____

9. Qual é o seu peso actual? _____ Kg
10. Qual é, no seu entender, o seu peso ideal? _____ Kg
11. Qual é o peso máximo que você já apresentou? _____ Kg
12. Qual é o peso mínimo que você já apresentou? _____ Kg
13. Qual é a sua altura? _____ cm

14. Começou a aumentar de peso na: Infância Criança Adolescência Adulto

15. Na sua opinião, o seu aumento de peso está relacionado com alguma situação?
 - a. Não
 - b. Sim (assinale as correccats)
 - i. Casamento
 - ii. Gravidez (primeira)
 - iii. Gravidez (segunda ou subsequente)
 - iv. Menopausa
 - v. Outra _____

16. Tem algum familiar com obesidade?
 - a. Não
 - b. Sim Quem _____

17. Ao longo da sua vida alguma vez recorreu a algum técnico de saúde por causa da sua obesidade?
 - a. Não
 - b. Sim Quem _____

18. Já tentou perder peso? (assinale as correctas)

- a. Não
- b. Sim
 - i. Iniciativa própria com acompanhamento de especialistas
 - ii. Iniciativa própria sem acompanhamento de especialistas
 - iii. Uso de medicamentos prescritos por um especialista
 - iv. Uso de medicamentos sem orientação de especialistas
 - v. Produtos de Ervanária
 - vi. Plano de alimentação prescrito por um especialista

19. Se sim, com que idade começou a tentar perder peso?

- c. Menos de 20 anos
- d. Entre os 21 e os 30 anos
- e. Entre os 31 e os 40 anos
- f. Entre os 41 e os 50 anos
- g. Com mais de 50 anos

20. Se sim, que benefício retirou?

- h. Nenhum
- i. Perda de peso Quantidade _____ Kg

Caso tenha efectuado uma cirurgia de obesidade responda por favor às seguintes questões:**21. Que tipo de cirurgia de obesidade realizou?**

- a. Banda Gástrica
- b. Bypass Gástrico
- c. Outra _____

22. Em que data efectuou a cirurgia de obesidade? _____**23. Quantos Kg perdeu no total após a realização da cirurgia? _____****24. Recomendava a cirurgia efectuada a alguém seu conhecido?**

- a. Sim
- b. Não Porquê _____

ANEXO D

“Domínios e Facetas do NEO-PI-R” (retirado de Botelho, 1999)

Domínios	Facetas
Neuroticismo (N)	N1: Ansiedade N2: Hostilidade N3: Depressão N4: Auto-consciência N5: Impulsividade N6: Vulnerabilidade
Extroversão (E)	E1: Acolhimento caloroso E2: Gregariedade E3: Assertividade E4: Actividade E5: Procura de excitação E6: Emoções positivas
Abertura à Experiência (O)	O1: Fantasia O2: Estética O3: Sentimentos O4: Acções O5: Ideias O6: Valores
Amabilidade (A)	A1: Confiança A2: Rectidão A3: Altruísmo A4: Complacência A5: Modéstia A6: Sensibilidade
Conscienciosidade (C)	C1: Competência C2: Ordem C3: Obediência ao dever C4: Esforço de realização C5: Auto-disciplina C6: Deliberação

ANEXO E

Breve Descrição do Significado dos Domínios do NEO-PI-R

(adaptado de Lima & Simões, 2000)

Neuroticismo (N)

Avalia a adaptação vs. Instabilidade emocional. Identifica sujeitos preocupados, nervosos, hipocondríacos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, com tendência para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas e respostas de coping desadequadas. Tem como aspecto central a tendência a experienciar afectos negativos, como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa. Relaciona-se igualmente com o stress e a baixa satisfação sexual. As facetas do Neuroticismo são: Ansiedade, Hostilidade, Depressão, Auto-Consciência, Impulsividade e Vulnerabilidade.

Características dos sujeitos com pontuação N alta: preocupado, nervoso, emocionalmente inseguro, sentimento de inadequação, hipocondríaco.

Características dos sujeitos com pontuação N baixa: calmo, relaxado, resistente, seguro, não-emotivo, satisfeito consigo.

Extroversão (E)

A extroversão traduz a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. As facetas da Extroversão são: Acolhimento caloroso, Gregariedade, Assertividade, Actividade, Procura de excitação e Emoções positivas.

Características dos sujeitos com pontuação E alta: sociável, activo, orientado para a relação interpessoal, optimista, afectuoso.

Características dos sujeitos com pontuação E baixa: reservado, pouco exuberante, orientado para a tarefa, silencioso.

Abertura à Experiência (O)

É o domínio mais relevante para o estudo da imaginação, da cognição e da personalidade. Esta dimensão traduz a procura produtiva, a apreciação da experiência, por si própria, a tolerância e a exploração do não-familiar. É um dos factores com potencial para predizer a tendência dos sujeitos a procurarem mudanças. As facetas da Abertura à Experiência são: Fantasia, Estética, Sentimentos, Acções, Ideias e Valores.

Características dos sujeitos com pontuação O alta: criativo, interesses diversos, imaginativo, original.

Características dos sujeitos com pontuação O baixa: pragmático, convencional, não analítico, não artístico.

Amabilidade (A)

Diz respeito às tendências interpessoais e refere-se à qualidade da orientação interpessoal. As facetas da Amabilidade são: Confiança, Rectidão, Altruísmo, Complacência, Modéstia e Sensibilidade.

Características dos sujeitos com pontuação A alta: sentimental, de confiança, prestável, crédulo, disposto a perdoar.

Características dos sujeitos com pontuação A baixa: cínico, rude, desconfiado, pouco cooperativo, vingativo, impiedoso, manipulador, irritável.

Conscienciosidade (C)

Avalia o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo. Contém aspectos proactivos e inibidores. As facetas da Conscienciosidade são: Competência, Ordem, Obediência ao dever, Esforço de realização, Autodisciplina e Deliberação.

Características dos sujeitos com pontuação C alta: organizado, confiável, auto-disciplinado, pontual, escrupuloso, ambicioso, perseverante.

Características dos sujeitos com pontuação C baixa: irresponsável, despreocupado, negligente, hedonista e sem objectivos.

ANEXO F

Distribuição dos itens pelas três dimensões do D.E.B.Q.
(Viana & Sinde, in Gonçalves e tal, 2003)Escala de Ingestão Emocional

1. Tem desejo de comer quando se sente irritado?
3. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer?
5. Tem desejo de comer quando se sente deprimido ou desanimado?
8. Tem desejo de comer quando se sente sozinho?
10. Sente desejo de comer quando alguém o deixa “em baixo”?
13. Tem desejo de comer quando se sente zangado?
16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?
20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso, preocupado ou tenso?
23. Sente desejo de comer quando as coisas lhe correm mal ou não lhe correm de feição?
25. Tem desejo de comer quando se sente impaciente?
28. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido?
30. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado?
32. Tem desejo de comer quando se sente desapontado ou desiludido?

Escala de Restrição Alimentar

4. Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual?
7. Com que frequência recusa comida ou bebidas, por estar preocupado com o seu peso?
11. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer?
14. Controla minuciosamente o que come?
17. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer?
19. Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte?
22. Come menos propositadamente para não aumentar o seu peso?
26. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o seu peso?
29. Com que frequência tenta não comer, durante a tarde, porque está a controlar o seu peso?
31. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer?

Escala de Ingestão Externa

2. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual?
6. Se a comida cheira bem ou tem bom aspecto, come mais do que o habitual?
9. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer?
12. Se tem alguma coisa deliciosa para comer come-a de imediato?
15. Quando passa por uma padaria ou pastelaria apetece-lhe comprar algo delicioso?
18. Se vê alguém a comer sente também desejo de comer?
21. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos?
24. Quando passa por uma confeitaria ou "snack-bar" sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa?
27. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer?
33. Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa?

ANEXO G

Sobre a seguinte folha, desenhe a sua própria figura humana, isto é, a sua própria imagem tal como a vê reflectida ao espelho. Pode utilizar lápis de carvão ou de cores. Faça o melhor desenho que conseguir.

Qual é a parte do seu corpo que mais gosta? Porquê? _____

Qual é a parte do seu corpo que menos gosta? Porquê? _____

Se possível, conte uma pequena história sobre esta pessoa que desenhou _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta investigação debruça-se sobre a Obesidade Mórbida, estando a ser realizada pela Dr.^a Ana Rebelo, com vista à elaboração da sua Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sendo orientada e supervisionada pela Professora Doutora Isabel Leal.

Esta investigação conta ainda com o apoio do Dr. [REDACTED].

Pretende estudar os Factores de Personalidade, o Comportamento Alimentar e a Imagem Corporal, nos sujeitos com diagnóstico de Obesidade Mórbida.

Gostaríamos que preenchesse os seguintes questionários e, em seguida, os remetesse via correio, utilizando para isso o envelope verde em anexo, até ao dia 31 de Maio de 2006.

A sua participação é fundamental e não pode ser substituída. A sua participação é voluntária podendo, se desejar, recusar participar na mesma sem qualquer consequência.

Todos os dados e respostas dados ao longo dos questionários apresentados serão objecto de confidencialidade.

Se desejar ter acesso aos resultados desta investigação poderá dirigir-se ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, após o término da mesma. Caso seja necessário poderá contactar a Dr.^a Ana Rebelo pelo número [REDACTED].

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para participar.

Eu _____ tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no estudo. Fui esclarecido sobre os aspectos que considero importantes. Fui informado que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura _____ Data _____

ANEXO I

NUREMBERG DOCTORS' TRIAL

The Nuremberg Code (1947)

The judgment by the war crimes tribunal at Nuremberg laid down 10 standards to which physicians must conform when carrying out experiments on human subjects.

PERMISSIBLE MEDICAL EXPERIMENTS

The great weight of the evidence before us to effect that certain types of medical experiments on human beings, when kept within reasonably well-defined bounds, conform to the ethics of the medical profession generally. The protagonists of the practice of human experimentation justify their views on the basis that such experiments yield results for the good of society that are unprocurable by other methods or means of study. All agree, however, that certain basic principles must be observed in order to satisfy moral, ethical and legal concepts:

1. The voluntary consent of the human subject is absolutely essential. This means that the person involved should have legal capacity to give consent; should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, overreaching, or other ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the elements of the subject matter involved as to enable him to make an understanding and enlightened decision. This latter element requires that before the acceptance of an affirmative decision by the experimental subject there should be made known to him the nature, duration, and purpose of the experiment; the method and means by which it is to be conducted; all inconveniences and hazards reasonably to be expected; and the effects upon his health or person which may possibly come from his participation in the experiment. The duty and responsibility for ascertaining the quality of the consent rests upon each individual who initiates, directs, or engages in the experiment. It is a personal duty and responsibility which may not be delegated to another with impunity.
2. The experiment should be such as to yield fruitful results for the good of society, unprocurable by other methods or means of study, and not random and unnecessary in nature.
3. The experiment should be so designed and based on the results of animal experimentation and a knowledge of the natural history of the disease or other problem under study that the anticipated results justify the performance of the experiment.
4. The experiment should be so conducted as to avoid all unnecessary physical and mental suffering and injury.
5. No experiment should be conducted where there is an a priori reason to believe that death or disabling injury will occur; except, perhaps, in those experiments where the experimental physicians also serve as subjects.
6. The degree of risk to be taken should never exceed that determined by the humanitarian importance of the problem to be solved by the experiment.
7. Proper preparations should be made and adequate facilities provided to protect the experimental subject against even remote possibilities of injury, disability or death.

8. The experiment should be conducted only by scientifically qualified persons. The highest degree of skill and care should be required through all stages of the experiment of those who conduct or engage in the experiment.
9. During the course of the experiment the human subject should be at liberty to bring the experiment to an end if he has reached the physical or mental state where continuation of the experiment seems to him to be impossible.
10. During the course of the experiment the scientist in charge must be prepared to terminate the experiment at any stage, if he has probable cause to believe, in the exercise of the good faith, superior skill and careful judgment required of him, that a continuation of the experiment is likely to result in injury, disability, or death to the experimental subject.

ANEXO J

ICP/HLE 121
28 June 1994

A DECLARATION ON THE PROMOTION OF PATIENTS' RIGHTS IN EUROPE

EUROPEAN CONSULTATION ON THE RIGHTS OF PATIENTS
AMSTERDAM 28 - 30 MARCH 1994
World Health Organization

ABOUT THE DECLARATION

The European Consultation on the Rights of Patients, held in Amsterdam on 28-30 March 1994 under the auspices of the WHO Regional Office for Europe (WHO/EURO), and hosted by the Government of the Netherlands, was attended by some 60 persons from 36 Member States. The purpose was to define principles and strategies for promoting the rights of patients, within the context of the health care reform process under way in most countries.

The Consultation came at the end of a long preparatory process, during which WHO/EURO encouraged the emerging movement in favour of patients' rights by, *inter alia*, carrying out studies and surveys on the development of patients' rights throughout Europe. These studies showed a common interest and a number of policy trends and normative initiatives in the European countries, indicating that additional support to policy development in many of those countries would be appropriate. The study results were published in the book: *The Rights of Patients in Europe* (WHO 1993). With the support of the Government of the Netherlands, and in broad consultation with governments and other institutions in European countries, technical experts in the field drafted *The Principles of Patients' Rights*, a comprehensive text which could be meaningful and helpful in the development of country policies on patients' rights.

The Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe constitutes a common European framework for action and includes those principles, as endorsed by the Amsterdam Consultation. This declaration should be interpreted as an enhanced entitlement for citizens and patients in improving partnership in the process of care with health care providers and health services managers. The Principles of Patients' Rights endorsed at the Amsterdam Consultation will hopefully be a solid reference and a dynamic tool capable of improving new thinking in the health care process.

The complete proceedings of the consultation will be published as a separate publication during the current year.

A DECLARATION ON THE PROMOTION OF PATIENTS' RIGHTS IN EUROPE

A WHO European Consultation on the Rights of Patients, meeting in Amsterdam, from 28 to 30 March 1994, endorsed the annexed document (*Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework*) as a set of principles for the promotion and implementation of patients' rights in WHO's European Member States.

The meeting gave detailed consideration to a wide range of possible strategies based on the principles presented in the document and on the recent and current experiences of participants. The essence of these strategies is presented below.

STRATEGIES FOR THE PROMOTION OF PATIENTS' RIGHTS

The development of a strategy to promote patients' rights and responsibilities has to be carefully prepared, in order to ensure that the intention is translated into practical action which commands the support of all parties involved. Such action does not follow automatically, but takes time to become fully effective.

National situations vary in respect of legal frameworks, health care systems, economic conditions, and social, cultural and ethical values, but there are certain common approaches which can be appropriately adapted to the circumstances of each country.

We encourage all interested parties in our countries to initiate or renew multiple strategies of implementation, which will likely need most or all of the following components:

- legislation or regulations, specifying the rights, entitlements and responsibilities of patients, health professionals and health care institutions;
- medical and other professional codes, patients' charters and similar instruments, drawn up in the light of agreed common understandings between the representatives of citizens, patients, health professionals and policy-makers, and periodically revised in response to changing circumstances;
- networking between and among patient and health care provider groups, recognizing the distinction between citizen and user participation;
- government support for the establishment and effective running of nongovernmental organizations (NGOs) in the field of patients' rights;
- national colloquia and conferences to bring the parties together to create and promote a shared sense of understanding;
- involvement of the media in *informing the public*, stimulating constructive debate and sustaining awareness of the rights and responsibilities of patients and users and their representative organs;
- better training in communication and advocacy skills for health professionals as well as for patient and other user groups, in order to further the development of a proper understanding of the perspective and role of all parties;
- promotion of research to evaluate and document the effectiveness of legal and other provisions and the various initiatives taken in the diverse contexts of the different countries.

INTERNATIONAL ACTION

Cooperation between WHO, the Council of Europe and the European Union in support of patients' rights would be further enhanced by action taken as a result of this Consultation Consistency of policy positions, coordinated strategies of implementation and an understanding of how their respective resources and competences can best be used are essential components of a sustained European movement to promote and protect the rights of patients and their professional providers and advisers. International NGOs also have a critical role to play in promoting the rights of patients.

The forthcoming WHO Regional Conference on Health Policy (Copenhagen, 5-9 December 1994) will provide an important opportunity for further promoting patients' rights in Europe. The proposed WHO Regional Conference on Health Care Systems in Transition in Europe, to be held in Vienna on 25-28 March 1996, will also explore issues concerning the rights, roles and responsibilities of both patients and providers. We propose to WHO that the Regional Office should establish an appropriate mechanism to monitor developments in countries and to present the findings to the Vienna Conference.

PRINCIPLES OF THE RIGHTS OF PATIENTS IN EUROPE: A COMMON FRAMEWORK INTRODUCTION

1. BACKGROUND

Social, economic, cultural, ethical and political developments have given rise to a movement in Europe towards the fuller elaboration and fulfilment of the rights of patients. New and more positive concepts of patients' rights have been advocated. In part, this has been a reflection of the central place given both to full implementation of the concept of respect for persons and to equity in health as a policy objective in Member States. As a consequence there is now greater emphasis on the encouragement of individual choice and the opportunity to exercise it freely, and the commitment to build mechanisms for ensuring quality of care.

Developments within health care systems such as their increasing complexity, the fact that medical practice has become more hazardous and in many cases more impersonal and dehumanized, often involving bureaucracy, and no less the progress made in medical and health science and technology have all placed new emphasis on the importance of recognizing the individual's right to self-determination and often on the need to reformulate guarantees of other rights of patients.

Simultaneously, the human rights movement has gathered importance in the world since 1945 when, in the Charter of the United Nations, Member States reaffirmed their faith in fundamental human

rights. This was followed, on 10 December 1948, by the adoption of the Universal Declaration of Human Rights and, on 4 November 1950, by the signature of the European Convention of Human Rights. Governments are more and more giving their active consideration to such issues. The World Health Organization's study of patients' rights in Europe shows that increasingly there are shared principles that are being adopted in a number of countries and which seem to be independent of the characteristics of a given country's health system. It seems timely to give this policy trend further momentum.

The present document is an attempt to formulate a set of patients' rights which reflects the evolving concepts and is relevant to the context in which health care will be provided in future. These Principles of the rights of patients in Europe have been drafted in full awareness of the work of others who have already been engaged in drawing up instruments specific to patients' rights. For the most part though, such earlier efforts were directed at particular groups or concerned with specific activities in health care or approached patients' rights from the perspective of the duties and responsibilities of health care providers and establishments. The present text is the result of an attempt to refocus these concerns from the patient's point of view as the user of and partner in health care in all its various forms. It has been deliberately couched in general terms, so far as possible avoiding reference to the circumstances of particular groups or illustrative examples. It is felt however, that this exposition of general considerations embraces the basic principles and concepts to be adopted when promoting and guaranteeing patients' rights in a particular country or other situation. The text does not directly cover questions of implementation, since these are necessarily specific to a country or situation; it has nevertheless been drafted in the belief that these guidelines can be further elaborated within countries to suit their particular needs and circumstances.

GUIDING PRINCIPLES

In this text, the concept of health care is derived from the principles of the World Health Assembly resolution on health for all (HFA) WHA 30.43, 19 May 1977) and the related model of health care set out in the Declaration of Alma-Ata (12 September 1978). Health care thus embraces a full range of services covering health promotion and protection, disease prevention, diagnosis, treatment, care and rehabilitation. Accordingly, the patient encounters a wide variety of health care providers and fulfills a variety of roles, from sick and dependent person to client receiving advice to consumer or customer obtaining health products for self-administration. Furthermore, this variety of patient roles implies a continuum of health states from high-level wellness to permanent disability and terminal illness. In the treatment of patients' rights, a distinction should be made between social and individual rights. Social rights in health care relate to the societal obligation undertaken or otherwise enforced by government and other public or private bodies to make reasonable provision of health care for the whole population. What is reasonable in terms of the volume and range of services available and the degree of sophistication of technology and specialization will be dependent on political, social, cultural and economic factors. Social rights also relate to equal access to health care for all those living in a country or other geopolitical area and the elimination of unjustified discriminatory barriers, whether financial, geographical, cultural or social and psychological.

Social rights are enjoyed collectively and are relative to the level of development of the particular society; they are also in some measure subject to political judgment regarding priorities for development in a society. In contrast individual rights in patient care are more readily expressed in absolute terms and when made operational can be made enforceable on behalf of an individual patient. These rights cover such areas as the integrity of the person, privacy and religious convictions. Although this text does address social rights, the main focus is on individual rights. The conceptual foundations for this treatment of patients' rights are for the most part laid on a number of intergovernmental declarations relating to human rights and freedoms. The intention is not to create new rights but to apply them in one coherent, comprehensive statement to the field of patients and health care. For similar reasons the text does not address general rights, obligations and liabilities, which are covered by the statutes and case law of each country.

A further issue arises concerning the place of exceptional limitations to particular rights of patients. For the most part these have been kept out of the text, in order to state the proposed rights as clearly and simply as possible. It is therefore pertinent to clarify here at the outset the nature of the principal forms of limitation. Exceptions to the rights of patients are usually anticipated in law. The guiding rule in such exceptions is always that patients can be subjected only to such limitations as are

compatible with human rights instruments and in accordance with a procedure prescribed by law. In practice, this means limitations which apply for reasons of public order, public health and other persons' human rights.

In some situations, the reason for restricting the rights of the patient is an overriding interest of a third party (the so-called 'conflict of duties' doctrine), i.e. the unfettered application of the patient's right would cause serious harm to a third party, there is no other means to avoid the harm and there is a reasonable expectation that the restriction would prevent the harm. In other situations a similar justification applies when the purpose is to avoid serious harm to the patient (the so-called therapeutic exception). As this document addresses general principles, these exceptional limitations to the rights of patients have mostly not been included.

PURPOSE, OF THE DOCUMENT

The Principles of the Rights of Patients in Europe are offered as a contribution to support the growing interest in many Member States in the issues of patients' rights. In its scope and focus, this document seeks to reflect and express people's aspirations not only for improvements in their health care but also for fuller recognition of their rights as patients. In so doing, it keeps in mind the perspectives of health care providers as well as of patients. This implies the complementary nature of rights and responsibilities: patients have responsibilities both to themselves for their own self-care and to health care providers, and health care providers enjoy the same protection of their human rights as all other people.

There is a basic assumption in the text that the articulation of patients' rights will in turn make people more conscious of their responsibilities when seeking and receiving or providing health care, and that this will ensure that patient/provider relationships are marked by mutual support and respect. Patients should be aware of the practical contributions they can make to the optimal functioning of the health system. Their active participation in the diagnosis and treatment process is often desirable and sometimes indispensable. It is always important that they provide the relevant health professionals with all the information required for the purposes of diagnosis and treatment. The patient has an essential role, the reciprocal of the provider's, in ensuring that the dialogue between them is carried out in good faith. Indeed, the role patients play in the appropriate delivery of health care should be underlined, especially in today's complex health systems which are largely supported by collective financial mechanisms and where the economic and equitable use of resources allocated to health care is an objective which can be shared by health professionals and patients alike. Equally, while patients' participation in clinical teaching must be subject to their informed consent, they should also be aware that the competence of future professionals in part depends on patients agreeing to be involved in their training.

IMPLEMENTATION

It is a matter for decision by countries how they might make use of a document such as this when reviewing their present policies on, practices in and legislative support to, patients' rights. Although for the purposes of clarity of presentation some proposals are made in a clear-cut way, the text is a set of guidelines which could be used in policy discussions within countries and in the formulation or reformulation, as the case may be, of national policies, laws or official statements on any or all of the issues covered. However, it is hoped that this document will be of direct value to all parties, including patient and consumer bodies involved in health care, professional associations of physicians and of other health care providers, and associations of hospitals and other health care establishments.

2. OBJECTIVES

Against this background, the Principles of the Rights of Patients in Europe can be seen, in terms of content, as a document which seeks:

- to reaffirm fundamental human rights in health care, and in particular to protect the dignity and integrity of the person and to promote respect of the patient as a person;
- to offer for the consideration of Member States a set of common basic principles underlying the rights of patients, which might be used when framing or reviewing patient care policies;

- to help patients obtain the fullest benefit from their use of the services of the health care system, and mitigate the effects of any problems which they may experience with that system;
- to promote and sustain beneficial relationships between patients and health care providers, and in particular to encourage a more active form of patient participation;
- to strengthen existing and afford new opportunities for dialogue between patients' organizations, health care providers, health administrations and wider societal interests;
- to focus national, regional and international attention on evolving needs in patients' rights and to foster closer international cooperation in this field;
- to ensure the protection of fundamental human rights and to promote the humanization of assistance to all patients, including the most vulnerable such as children, psychiatric patients, the elderly or the severely ill.

3. CONCEPTUAL FOUNDATIONS

In drafting these Principles of the Rights of Patients in Europe, the following intergovernmental instruments, which together offer a framework and a set of basic concepts which can be applied to the rights of patients, have been taken into account:

- *The Universal Declaration of Human Rights (1948)*
- *The International Covenant on Civil and Political Rights (1966)*
- *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966)*
- *The European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms (1950)*
- *The European Social Charter (1961)*

THE RIGHTS OF PATIENTS

1. HUMAN RIGHTS AND VALUES IN HEALTH CARE

The instruments cited in the Introduction should be understood as applying also specifically in the health care setting, and it should therefore be noted that the human values expressed in these instruments shall be reflected in the health care system. It should also be noted that where exceptional limitations are imposed on the rights of patients, these must be in accordance with human rights instruments and have a legal base in the law of the country. It may be further observed that the rights specified below carry a matching responsibility to act with due concern for the health of others and for their same rights.

- 1.1 Everyone has the right to respect of his or her person as a human being.
- 1.2 Everyone has the right to self-determination.
- 1.3 Everyone has the right to physical and mental integrity and to the security of his or her person.
- 1.4 Everyone has the right to respect for his or her privacy.
- 1.5 Everyone has the right to have his or her moral and cultural values and religious and philosophical convictions respected.
- 1.6 Everyone has the right to such protection of health as is afforded by appropriate measures for disease prevention and health care, and to the opportunity to pursue his or her own highest attainable level of health.

2. INFORMATION

- 2.1 Information about health services and how best to use them is to be made available to the public in order to benefit all those concerned.
- 2.2 Patients have the right to be fully informed about their health status, including the medical facts about their condition; about the proposed medical procedures, together with the potential risks and benefits of each procedure; about alternatives to the proposed procedures, including the effect of non-treatment; and about the diagnosis, prognosis and progress of treatment.
- 2.3 Information may only be withheld from patients exceptionally when there is good reason to believe that this information would without any expectation of obvious positive effects cause them serious harm.
- 2.4 Information must be communicated to the patient in a way appropriate to the latter's capacity for understanding, minimizing the use of unfamiliar technical terminology. If the patient does not speak the common language, some form of interpreting should be available.
- 2.5 Patients have the right not to be informed, at their explicit request.
- 2.6 Patients have the right to choose who, if any one, should be informed on their behalf

- 2.7 Patients should have the possibility of obtaining a second opinion.
- 2.8 When admitted to a health care establishment, patients should be informed of the identity and professional status of the health care providers taking care of them and of any rules and routines which would bear on their stay and care.
- 2.9 Patients should be able to request and be given a written summary of their diagnosis, treatment and care on discharge from a health care establishment.

3. CONSENT

- 3.1 The informed consent of the patient is a prerequisite for any medical intervention.
- 3.2 A patient has the right to refuse or to halt a medical intervention. The implications of refusing or halting such an intervention must be carefully explained to the patient
- 3.3 When a patient is unable to express his or her will and a medical intervention is urgently needed, the consent of the patient may be presumed, unless it is obvious from a previous declared expression of will that consent would be refused in the situation.
- 3.4 When the consent of a legal representative is required and the proposed intervention is urgently needed, that intervention may be made if it is not possible to obtain, in time, the representative's consent.
- 3.5 When the consent of a legal representative is required, patients (whether minor or adult) must nevertheless be involved in the decision-making process to the fullest extent which their capacity allows.
- 3.6 If a legal representative refuses to give consent and the physician or other provider is of the opinion that the intervention is in the interest of the patient, then the decision must be referred to a court or some form of arbitration.
- 3.7 In all other situations where the patient is unable to give informed consent and where there is no legal representative or representative designated by the patient for this purpose, appropriate measures should be taken to provide for a substitute decision making process, taking into account what is known and, to the greatest extent possible, what may be presumed about the wishes of the patient
- 3.8 The consent of the patient is required for the preservation and use of all substances of the human body. Consent may be presumed when the substances are to be used in the current course of diagnosis, treatment and care of that patient.
- 3.9 The informed consent of the patient is needed for participation in clinical teaching.
- 3.10 The informed consent of the patient is a prerequisite for participation in scientific research. All protocols must be submitted to proper ethical review procedures. Such research should not be carried out on those who are unable to express their will, unless the consent of a legal representative has been obtained and the research would likely be in the interest of the patient.
- As an exception to the requirement of involvement being in the interest of the patient, an incapacitated person may be involved in observational research which is not of direct benefit to his or her health provided that that person offers no objection, that the risk and/or burden is minimal, that the research is of significant value and that no alternative methods and other research subjects are available.

4. CONFIDENTIALITY AND PRIVACY

- 4.1 All information about a patient's health status, medical condition, diagnosis, prognosis and treatment and all other information of a personal kind must be kept confidential, even after death.
- 4.2 Confidential information can only be disclosed if the patient gives explicit consent or if the law expressly provides for this. Consent may be presumed where disclosure is to other health care providers involved in that patient's treatment.
- 4.3 All identifiable patient data must be protected. The protection of the data must be appropriate to the manner of their storage. Human substances from which identifiable data can be derived must be likewise protected.
- 4.4 Patients have the right of access to their medical files and technical records and to any other files and records pertaining to their diagnosis, treatment and care and to receive a copy of their own files and records or parts thereof. Such access excludes data concerning third parties.
- 4.5 Patients have the right to require the correction, completion, deletion, clarification and/or updating of personal and medical data concerning them which are inaccurate, incomplete, ambiguous or outdated, or which are not relevant to the purposes of diagnosis, treatment and care.
- 4.6 There can be no intrusion into a patient's private and family life unless and only if, in addition to the patient consenting to it, it can be justified as necessary to the patient's diagnosis, treatment and care.

4.7 Medical interventions may only be carried out when there is proper respect shown for the privacy of the individual. This means that a given intervention may be carried out only in the presence of those persons who are necessary for the intervention unless the patient consents or requests otherwise.

4.8 Patients admitted to health care establishments have the right to expect physical facilities which ensure privacy, particularly when health care providers are offering them personal care or carrying out examinations and treatment.

5. CARE AND TREATMENT

5.1 Everyone has the right to receive such health care as is appropriate to his or her health needs, including preventive care and activities aimed at health promotion. Services should be continuously available and accessible to all equitably, without discrimination and according to the financial, human and material resources which can be made available in a given society.

5.2 Patients have a collective right to some form of representation at each level of the health care system in matters pertaining to the planning and evaluation of services, including the range, quality and functioning of the care provided.

5.3 Patients have the right to a quality of care which is marked both by high technical standards and by a humane relationship between the patient and health care providers.

5.4 Patients have the right to continuity of care, including cooperation between all health care providers and/or establishments which may be involved in their diagnosis, treatment and care.

5.5 In circumstances where a choice must be made by providers between potential patients for a particular treatment which is in limited supply, all such patients are entitled to a fair selection procedure for that treatment. That choice must be based on medical criteria and made without discrimination.

5.6 Patients have the right to choose and change their own physician or other health care provider and health care establishment, provided that it is compatible with the functioning of the health care system.

5.7 Patients for whom there are no longer medical grounds for continued stay in a health care establishment are entitled to a full explanation before they can be transferred to another establishment or sent home. Transfer can only take place after another health care establishment has agreed to accept the patient. Where the patient is discharged to home and when his or her condition so requires, community and domiciliary services should be available.

5.8 Patients have the right to be treated with dignity in relation to their diagnosis, treatment and care, which should be rendered with respect for their culture and values.

5.9 Patients have the right to enjoy support from family, relatives and friends during the course of care and treatment and to receive spiritual support and guidance at all times.

5.10 Patients have the right to relief of their suffering according to the current state of knowledge.

5.11 Patients have the right to humane terminal care and to die in dignity.

6. APPLICATION

6.1 The exercise of the rights set forth in this document implies that appropriate means are established for this purpose.

6.2 The enjoyment of these rights shall be secured without discrimination.

6.3 In the exercise of these rights, patients shall be subjected only to such limitations as are compatible with human rights instruments and in accordance with a procedure prescribed by law.

6.4 If patients cannot avail themselves of the rights set forth in this document, these rights should be exercised by their legal representative or by a person designated by the patient for that purpose; where neither a legal representative nor a personal surrogate has been appointed, other measures for representation of those patients should be taken.

6.5 Patients must have access to such information and advice as will enable them to exercise the rights set forth in this document. Where patients feel that their rights have not been respected they should be enabled to lodge a complaint. In addition to recourse to the courts, there should be independent mechanisms at institutional and other levels to facilitate the processes of lodging, mediating and adjudicating complaints. These mechanisms would, inter alia, ensure that information relating to complaints procedures was available to patients and that an independent person was available and accessible to them for consultation regarding the most appropriate course of action to take. These mechanisms should further ensure that, where necessary, assistance and advocacy on behalf of the patient would be made available. Patients have the right to have their complaints examined and dealt with in a thorough, just, effective and prompt way and to be informed about their outcome.

7. DEFINITIONS

In these Principles of the Rights of Patients in Europe, the following terms have been used with the meanings given:

PATIENT(S) User(s) of health care services, whether healthy or sick,

DISCRIMINATION Distinction between persons in similar cases on the basis of race, sex, religion, political opinions, national or social origin, associations with a national minority or personal antipathy.

HEALTH CARE Medical, nursing or allied services dispensed by health care providers and health care establishments.

HEALTH CARE PROVIDERS Physicians, nurses, dentists or other health professionals.

MEDICAL INTERVENTION Any examination, treatment or other act having preventive, diagnostic, therapeutic or rehabilitative aims and which is carried out by a physician or other health care provider.

HEALTH CARE ESTABLISHMENT Any health care facility such as a hospital, nursing home or establishment for disabled persons.

TERMINAL CARE Care given to a patient when it is no longer possible to improve the fatal prognosis of his or her illness/condition with available treatment methods; as well as care at the approach of death.

Os ANEXO L ao BP encontram-se no suporte informático adjacente.