



**OBESIDADE: STRESS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR
ANTES E APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**

Susana Marques Ferreira

Orientador de Dissertação:
Professora Doutora Ivone Patrão

Coordenador de Seminário de Dissertação:

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

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutora Ivone Patrão, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

À Dr^a Ivone Patrão, pela orientação, apoio e paciência inesgotável.

À Margarida, pela preciosa ajuda na recolha da amostra.

Aos participantes no estudo, pela generosa contribuição.

À Carolina, por ter estado presente sempre que lhe pedi ajuda. Pela sinceridade nas opiniões e dureza nas críticas. Os amigos são mesmo assim.

À minha irmã Ana, pelo apoio incondicional, por me ouvir e pela ajuda em momentos mais difíceis.

Ao Zé, por acreditar sempre em mim, mesmo quando eu não acreditei. Por me motivar, me inspirar e sobretudo por me amar sempre.

Por fim, quero agradecer aos meus pais, as pessoas maravilhosas sem as quais nada disto tinha sido possível. Agradeço-lhes o apoio (emocional e financeiro), o amor e a confiança. Obrigada meus queridos.

*“Quando estiveres cansada põe os olhos na tua meta.
Quando sentires que nunca mais é o fim, lembra-te porque corres.
Quando mais ninguém estiver convencido do teu caminho, mantém-te firme nos teus
passos.
E, garanto-te, chegarás lá.”*

A melhor Amiga se sempre.

RESUMO

A obesidade é uma doença crónica com origem multi-factorial com consequências devastadoras para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos. É também um importante factor de risco para a co-ocorrência de outras doenças.

A prevalência da obesidade está a aumentar em todo o mundo e Portugal não constitui um país de excepção relativamente a este problema de saúde pública. Apesar da obesidade ter sido identificada como um problema de saúde pública há uma década, as medidas para a reduzir têm sido, até à data, pouco eficazes. Assim, torna-se necessário investigar e compreender as variáveis psicológicas subjacentes, causas e consequências desta doença, de modo a encontrar estratégias de intervenção mais eficazes.

Na tentativa de aprofundar alguns dos aspectos implicados nesta multi-factorialidade, este estudo pretende debruçar-se sobre a relação entre o stress e o comportamento alimentar em obesos, antes e após o tratamento com cirurgia.

O grupo em estudo é composto por 30 sujeitos de ambos os sexos com diagnóstico médico obesidade candidatos a cirurgia bariátrica e sujeitos de ambos os sexos com diagnóstico médico obesidade submetidos a cirurgia bariátrica há menos de 1 ano. Os instrumentos utilizados nesta investigação foram as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS – 21) (Dimensão Stress) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) e o Eating Disorders Inventory (EDI) (Garner, Olmsted & Polivy, 1983). Utilizou-se também um questionário sócio-demográfico.

Os resultados demonstraram que existem diferenças significativas nas médias da dimensão Stress entre os sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica e os que não foram sujeitos a este tratamento ($p=0,009$); existem diferenças significativas nas médias das sub-escalas Bulimia ($p=0,000$) e Insatisfação Corporal ($p=0,023$) entre os sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica e os que não foram sujeitos a este tratamento. Verificou-se também uma correlação significativa entre a dimensão Stress e a sub-escala Impulso para Emagrecer ($p=0,009$) e uma correlação significativa entre a dimensão Stress e a sub-escala Medos de Maturidade ($p=0,010$).

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia bariátrica, Stress, Comportamento Alimentar.

ABSTRACT

Obesity is a chronic disease with multi-factorial origin with devastating consequences for the health and life quality of individuals. It is also an important risk factor for the co-occurrence of other diseases.

The prevalence of obesity is increasing around the world and Portugal is not an exception in this public health problem. Although obesity has been identified as a public health problem ten years ago, measures to reduce it has been, to date, not very efficient. Thus, it becomes necessary to investigate and understand the underlying psychological variables, causes and consequences of this disease in order to find more effective intervention strategies.

In an attempt to study some aspects involved in these multiple factors, this study intends to look into the relation between stress and eating behavior in obese patients before and after treatment with surgery.

The study group comprises 30 individuals of both sexes diagnosed obese candidates for bariatric surgery and individuals of both sexes diagnosed with obesity who underwent bariatric surgery for less than one year. The instruments used in this study were the scales of Anxiety, Depression and Stress of 21 items (EADS -21) (Dimension Stress) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) and the Eating Disorders Inventory (EDI) (Garner, Olmsted & Polivy, 1983). We also used a socio-demographic questionnaire.

The results showed that there are significant differences in mean of Stress Dimension among individuals who underwent bariatric surgery and those who were not subjected to this treatment ($p=0.009$), there are significant differences in mean Bulimia subscales ($p=0.000$) and Body Dissatisfaction ($p=0.023$) among individuals who underwent bariatric surgery and those who were not subjected to this treatment. It was also ascertained a significant correlation between the Stress dimension and the subscale Drive for Thinness ($p=0.009$) and a significant correlation between the Stress dimension the subscale of Maturity Fears ($p=0.010$).

Key words: Obesity, Bariatric Surgery, Stress, Eating Behavior

Índice

Introdução	1
Método.....	3
Tipo de Estudo.....	3
Amostra.....	3
Variáveis.....	6
Material.....	6
Procedimento.....	10
Resultados.....	12
Discussão.....	17
Considerações finais.....	24
Bibliografia.....	25
Anexos.....	33
Anexo A – Revisão Teórica.....	34
Anexo B – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS – 21).....	48
Anexo C - Inventário de Perturbações Alimentares (EDI).....	51
Anexo D – Questionário sócio-demográfico	57
Anexo E - Carta de consentimento informado.....	59
Anexo F – Outputs – EADS –21 (Dimensão Stress).....	61
Anexo G - Outputs – EDI (8 sub-escalas)	63
Anexo H - Outputs – EADS-21 (Dimensão Stress vs 8 sub-escalas EDI) – Sujeito sem cirurgia bariátrica.....	67
Anexo I - Outputs – EADS-21 (Dimensão Stress vs 8 sub-escalas EDI) – Sujeito com cirurgia bariátrica.....	69
Anexo J - Outputs - Consistência Interna EADS-21 (Dimensão Stress) e EDI.....	71

Índice das Figuras

Figura 1 – Grupo de Estudo por Género.....	4
Figura 2 – Grupo de Estudo por Idade.....	4
Figura 3 – Média de tempo (meses) em que foi realizada a cirurgia bariátrica.....	5
Figura 4 – Peso Actual e IMC dos sujeitos não submetidos a cirurgia bariátrica.....	5
Figura 5 – Peso Inicial, Peso Actual e IMC dos sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica	5

Índice dos Quadros

Quadro 1 – Valores Médios da EADS-21 (dimensão Stress) no grupo sem cirurgia e no grupo com cirurgia 12

Quadro 2 - Valores Médios do EDI no grupo sem cirurgia e no grupo com cirurgia..... 14

Introdução

A obesidade é uma doença crónica com origem multi-factorial com consequências devastadoras para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos. É também um importante factor de risco para a co-ocorrência de outras doenças (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004).

A prevalência da obesidade está a aumentar em todo o mundo e Portugal não constitui um país de excepção relativamente a este problema de saúde pública (Carmo et al., 2007). De acordo com Carmo et al. (2006), apesar da obesidade ter sido identificada como um problema de saúde pública há uma década, as medidas para a reduzir têm sido, até à data, pouco eficazes.

Assim, torna-se necessário investigar e compreender as variáveis psicológicas subjacentes, causas e consequências desta doença, de modo a encontrar estratégias de intervenção mais eficazes.

Na tentativa de aprofundar alguns dos aspectos implicados nesta multi-factorialidade, este estudo pretende debruçar-se sobre a relação entre o stress e o comportamento alimentar em obesos, antes e após o tratamento com cirurgia bariátrica - a cirurgia bariátrica designa os diversos tipos de técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da obesidade mórbida.

Estudos referem um aumento da quantidade de alimentos ingerida em momentos de stress, nomeadamente em indivíduos obesos (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2008).

Outros estudos revelam que os indivíduos que apresentam perturbação de ingestão compulsiva também revelam níveis de stress superiores aos indivíduos que não apresentam este diagnóstico, assim como maior humor negativo e menos humor positivo, sendo que quer o humor, quer o stress parecem anteceder o comportamento de ingestão (Wolff, Crosby, Roberts & Wittrock, 2000).

Spillman (1990), citado por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2008), considera que o stress estimula a utilização da ingestão alimentar como estratégia de coping.

Em suma, são várias as referências que apontam para a existência de uma relação entre o stress e comportamento alimentar em obesos, sendo que parece pertinente aprofundar o comportamento destas variáveis quando estudados em indivíduos obesos que não tenham sido submetidos a tratamento cirúrgico e indivíduos obesos que tenham sido submetidos a tratamento cirúrgico.

De acordo com Vallis e Ross (1993) cit. Por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2008), os tratamentos não cirúrgicos da obesidade têm revelado resultados muito modestos, enquanto os tratamentos cirúrgicos têm revelado contribuir não só para uma perda de peso significativa, mas também para uma maior manutenção desses resultados ao longo do tempo. De acordo os mesmos autores, o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida tem revelado contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e do funcionamento psicológico dos indivíduos que a ele são submetidos.

A revisão de vários estudos efectuada por Vallis e Ross (1993) no início dos anos 90, permitiu concluir que os diferentes tratamentos cirúrgicos da obesidade mórbida realizados, estão associados a maior perda de peso, a menor angústia, melhor auto-estima, maior assertividade, menos passividade e diagnósticos psiquiátricos menos frequentes do que antes da realização da cirurgia.

O objectivo geral deste estudo é, então, investigar a relação entre o stress e o comportamento alimentar em obesos, antes e após o tratamento com cirurgia bariátrica. Mais concretamente, pretende avaliar-se os níveis de stress antes e após a cirurgia bariátrica; o comportamento alimentar antes e após a cirurgia bariátrica e por fim, verificar se existe correlacção entre o stress e o comportamento alimentar antes e após a cirurgia bariátrica.

Método

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo correlacional. Um estudo correlacional tem como objectivo estabelecer relações entre as variáveis, assim como predizer o comportamento de uma das variáveis a partir do comportamento da outra variável.

A investigação correlacional preocupa-se em determinar as relações que existem entre as variáveis. Não há manipulação das variáveis – apenas uma investigação da extensão em que as variáveis estão relacionadas. Quando há uma relação entre duas variáveis, dizemos que estão correlacionadas. A magnitude e a direcção da relação são descritas por meio de um índice quantitativo chamado coeficiente de correlação (Henriques, Neves & Pesquita, 2005).

O Coeficiente de correlação é um índice que resume o grau de relação entre duas variáveis. Descreve a magnitude e a direcção da relação entre duas variáveis. Os coeficientes de correlação costumam variar de +1,00 (para uma relação directa perfeita), passando por 0,00 (ausência de relação) e chegando a -1,00 (para uma relação inversa perfeita).

Amostra

O grupo em estudo é composto por 30 sujeitos de ambos os sexos com diagnóstico médico obesidade candidatos a cirurgia bariátrica e sujeitos de ambos os sexos com diagnóstico médico obesidade submetidos a cirurgia bariátrica há menos de 1 ano.

O questionário aplicado aos sujeitos permitiu fazer uma caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra.

Dos 30 sujeitos, 19 são do sexo feminino (63,3%) e 11 do sexo masculino (36,7%).

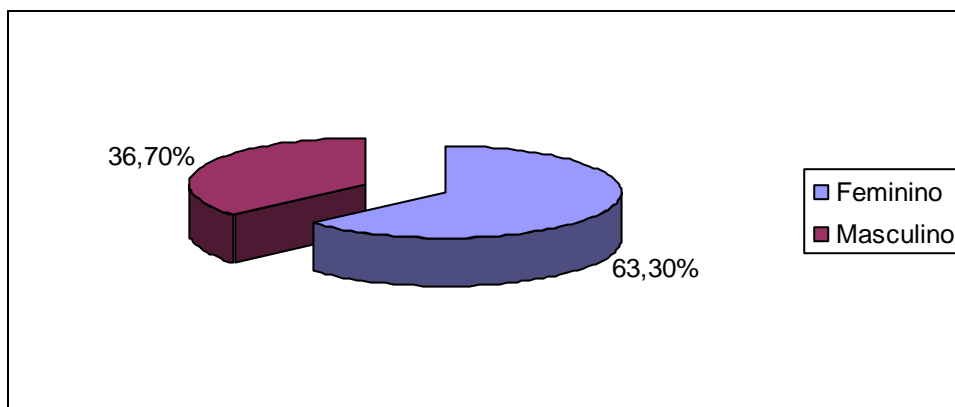


Figura 1 – Grupo de Estudo por Género

A idade dos participantes varia entre os 22 e os 59 anos, sendo que a média se situa nos 39,3 anos de idade.

	Idade
N Valid	30
Mean	39,3333
Median	38
Std. Deviation	11,2444
Minimum	22
Maximum	59

Figura 2 – Grupo de Estudo por Idade

Quanto ao Estado Civil, 43,3% dos participantes são casados, 40% solteiros, 6,7% separados, 6,7% divorciados e 3,3% viúvos.

Relativamente ao Grau de Escolaridade, 53,3% dos participantes são Licenciados, 43,3% concluíram o Ensino Secundário e 3,3% são Pós-graduados.

Quanto ao início da obesidade, 50% dos sujeitos refere que a mesma teve início na infância, 43,3% na idade adulta e 6,7% durante a gestação.

Do total dos participantes, 50% foi submetido ao tratamento por cirurgia bariátrica e 50% não foi alvo deste tratamento.

Relativamente aos sujeitos já operados, todos realizaram a cirurgia há menos de um ano, sendo que a média se situou nos 7,13 meses.

	Há Quanto Tempo
N Valid	15
Mean	7,1333
Median	6
Std. Deviation	3,62268

Figura 3 – Média de tempo (meses) em que foi realizada a cirurgia bariátrica

Em relação ao peso dos sujeitos que não foram submetidos a cirurgia bariátrica, a média situa-se nos 107,16 Kg, sendo que o peso mais baixo verificado foram 83,5Kg e o mais alto, 131Kg. No que diz respeito ao IMC destes sujeitos, a média é de 38,5 Kg/m², sendo o mais baixo 34,9 Kg/m² e o mais elevado 41,5 Kg/m².

	Peso Actual	IMC
N Valid	15	15
Mean	107,1667	38,3733
Median	102	38,5
Std. Deviation	14,52543	1,83126
Minimum	83,5	34,9
Maximum	131	41,5

Figura 4 – Peso Actual e IMC dos sujeitos não submetidos a cirurgia bariátrica

Quanto aos sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica, a média do peso inicial (antes da operação) situa-se nos 113,3 Kg e a média do peso actual nos 84,4Kg. A média do IMC encontra-se nos 29,7 Kg/m², sendo que o IMC mínimo é de 25,4 Kg/m² e o máximo 36,4 Kg/m².

	Peso Inicial	Peso Actual	IMC
N Valid	15	15	15
Mean	113,333	84,4333	29,7667
Median	113	86	29,4
Std. Deviation	7,84371	9,0334	3,77334
Minimum	98	64	25,4
Maximum	128	96	36,4

Figura 5 – Peso Inicial, Peso Actual e IMC dos sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica

Dos sujeitos que não foram submetidos a cirurgia bariátrica, 80% revelam ter acompanhamento psicológico, enquanto 20% não tem qualquer acompanhamento nesta área.

Quanto aos sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica, 73,3% revela ter acompanhamento psicológico, enquanto 26,7% não tem qualquer acompanhamento nesta área.

Relativamente ao acompanhamento psiquiátrico nos indivíduos não submetidos a cirurgia bariátrica, 60% beneficia de acompanhamento, enquanto 40% revela não receber tratamento nesta área.

No que se refere ao acompanhamento psiquiátrico nos indivíduos submetidos a cirurgia bariátrica, 46,7% beneficia de acompanhamento, enquanto 53,3% revela não receber tratamento nesta área.

Variáveis

Variáveis principais: Stress e Comportamento alimentar

Operacionalização: Respostas dadas pelos sujeitos às Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS -21) e ao questionário Eating Disorders Inventory (EDI).

Variáveis secundárias: Dados sócio-demográficos e clínicos

Operacionalização: Respostas dadas ao questionário sócio-demográfico.

Material

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS – 21) (Anexo B) e o Eating Disorders Inventory (EDI) (Anexo C). A escolha destes instrumentos prende-se com o facto dos mesmos estarem aferidos e validados para a população portuguesa e avaliarem as variáveis em estudo.

Utilizou-se também um questionário de caracterização da amostra (Anexo D) com o objectivo de recolher informação sobre aspectos sócio-demográficos e clínicos.

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS – 21)

A EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – é a designação portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995). Estes autores desenvolveram uma escala que se propunha cobrir a totalidade dos sintomas de

ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos e fornecessem uma discriminação máxima entre os dois constructos. O estudo factorial desta escala apresentou um novo factor que incluía os itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e a depressão. Estes itens referiam-se a dificuldades de relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. Este novo factor assumiu a designação pelos autores, de “stress”.

Esta escala assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja, assume que as diferenças na depressão, ansiedade e stress experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau. Os autores propõem uma classificação dimensional em cinco graus entre o “normal” e o “muito grave”.

Lovibond e Lovibond (1995), caracterizam as escalas da seguinte forma: a *depressão* essencialmente pela perda de auto-estima e de motivação e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A *ansiedade* salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, em baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Na sua versão original, a DASS é uma escala constituída por 42 itens, em que cada um é uma frase que remete para sintomas emocionais negativos. Tem três sub-escalas (depressão, ansiedade e stress), incluem cada uma delas 14 itens e, por sua vez, cada escala inclui vários conceitos.

Em 2004, Pais-Ribeiro, Honrado e Leal apresentaram a adaptação da versão da escala de 21 itens, que designaram de EADS-21. A EADS-21 propõe medir os mesmo constructos que a versão de 42 itens, contudo, e sendo uma medida mais reduzida, é útil em Psicologia da Saúde no sentido em que as medidas mais reduzidas são preferíveis às mais longas, dado os habituais contextos de aplicação.

A EADS-21 mantém as mesmas três sub-escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma delas sete itens, no total de 21 itens. Neste estudo, apenas serão alvo de análise os itens respeitantes à sub-escala Stress, uma vez que a Depressão e a Ansiedade não estão em estudo. (Itens da Escala Stress: 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18).

Cada item da EADS-21 consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A EADS-21 é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos.

Eating Disorders Inventory (EDI)

A escolha desta escala deve-se ao facto de ser reconhecida a sua validade e fidelidade e por possibilitar um levantamento de atitudes, comportamentos e características psicológicas frequentemente associadas às perturbações do comportamento alimentar e/ou à vulnerabilidade de vir a desenvolver uma doença deste tipo.

O Eating Disorders Inventory (EDI), desenvolvido por Garner, Olmsted & Polivy (1983) é um instrumento de 64 itens, divididos em oito sub-escalas que procedem a um levantamento de atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar.

As três primeiras sub-escalas dizem respeito às atitudes e comportamentos relacionados com a comida e forma corporal:

Desejo de Emagrecer: Avalia a excessiva preocupação com a dieta e com o peso: reflecte o desejo intenso de emagrecer, assim como o medo de ganhar peso;

Bulimia: Indica a tendência para episódios de ingestão compulsiva, ingestão alimentar sem controlo, que poderá ser seguida de comportamentos compensatórios, recorrendo, por exemplo, ao vómito auto-induzido;

Insatisfação Corporal: Reflete a convicção que partes específicas do corpo estão demasiado grandes e examina as perturbações da imagem corporal.

Segundo Garner (1987), as sub-escalas Desejo de Emagrecer e Insatisfação Corporal, constituem o melhor indicador da possibilidade de posterior desenvolvimento de desordem alimentar.

As restantes 5 sub-escalas contêm itens associados a características psicológicas clinicamente relevantes para as perturbações do comportamento alimentar:

Ineficácia: Revela sentimentos de inadequação geral, insegurança e falta de controlo da própria vida. Reflete também auto-estima negativa;

Perfeccionismo: Indica expectativas pessoais excessivas em relação à realização;

Desconfiança Interpessoal: Reflete um sentimento de relutância em ter relações próximas com outros;

Consciência Interoceptiva: Avalia a falta de confiança em reconhecer e identificar emoções e sensações, nomeadamente de fome e saciedade – dificuldade em reconhecer sensações físicas;

Medos de Maturidade: Mede o desejo de voltar à segurança dos anos da infância e a recusa das responsabilidades de adulto, ou seja, examina a recusa da maturidade psicológica devido às exigências da vida adulta.

Os sujeitos respondem a um formato de escolha forçada de 6 opções, determinando até que ponto cada item se aplica ao seu caso. As opções variam entre *sempre*, *normalmente*, *frequentemente*, *às vezes*, *raramente* e *nunca*. A resposta mais extrema que se aproxima da perturbação alimentar recebe uma cotação de 3, a anterior 2 e a próxima 1. As outras respostas não recebem cotação. Cada sub-escala deste inventário mede uma característica independente, pelo que a interpretação da cotação total não é relevante.

A versão portuguesa do EDI foi traduzida para efeitos de investigação por uma equipa do Hospital de Santa Maria em Lisboa e demonstrou ter características psicométricas ajustadas (Machado, Gonçalves, Martins & Soares, 2001).

Procedimento

Na elaboração deste trabalho de investigação foi efectuada uma pesquisa teórica aprofundada, com recurso a livros, artigos científicos, teses de mestrado e doutoramento. A pesquisa foi efectuada presencialmente na Biblioteca do ISPA, na Biblioteca Nacional e na Biblioteca do Centro de Saúde de Alvalade. Foram consultados exemplares da Biblioteca do Hospital de Santa Maria, disponibilizados gentilmente por uma colega do Seminário de Dissertação de Mestrado.

Para a pesquisa teórica recorreu-se também à internet, nomeadamente aos sites EBSCO, SciELO, Repositório do Ispa e Biblioteca do Conhecimento Online, Ministério da Saúde, Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade, Adexo (Associação de obesos e ex-obesos de Portugal), entre outros. Foram também efectuadas pesquisas generalistas sobre o tema em estudo e consultados sites, blogs, fóruns de discussão, etc.

No que diz respeito à recolha da amostra, a mesma foi recolhida numa instituição de saúde privada sediada em Lisboa, com a colaboração da Psicóloga que dirige o grupo de apoio a pacientes candidatos a cirurgia bariátrica e pacientes já submetidos a cirurgia bariátrica.

De forma a garantir todos os procedimentos éticos e deontológicos, foi feita uma breve explicação do objectivo do estudo, explicada a liberdade de participar ou não e da garantia de confidencialidade e anonimato dos dados. De seguida entregue a carta de consentimento informado (Anexo E).

A aplicação dos instrumentos foi feita de uma só vez, de forma colectiva e a ordem de aplicação foi: Questionário sócio-demográfico (Anexo D), EADS –21 (Anexo B) e por fim EDI (Anexo C). Este procedimento demorou aproximadamente 30 minutos, sem que tenham ocorrido dúvidas ou qualquer outro tipo de incidentes.

Terminada a fase de recolha dos dados junto da população da nossa amostra, seguiu-se a cotação dos instrumentos e a sistematização da informação contida no questionário de caracterização.

O tratamento e análise dos dados foi a fase metodológica seguinte. Para tal, recorreremos à análise descritiva dos dados, aos testes t de Student, Shapiro-Wilk e Wilcoxon-Mann-Whitney e à análise correlacional (Coeficiente de Pierson).

Com o objectivo de organizar, apresentar e interpretar os dados recolhidos, efectuou-se uma análise estatística recorrendo ao programa informático SPSS (v. 18; SPSS Inc, Chicago IL).

Resultados

Seguidamente faremos a apresentação dos resultados. Será feita a análise da EADS-21 (dimensão Stress) nos sujeitos que não foram submetidos a cirurgia bariátrica e nos sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica; a análise do EDI nos sujeitos que não foram submetidos a cirurgia bariátrica e nos sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica; e por fim, será analisada a correlação entre a EADS-21 (dimensão Stress) e o EDI nos sujeitos que não foram submetidos a cirurgia bariátrica e a correlação entre a EADS-21 (dimensão Stress) e o EDI nos sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica.

Para os testes estatísticos o nível de significância utilizado foi o de 0,05.

Por último, será apresentada a consistência interna dos instrumentos utilizados. Esta análise foi feita através do Alpha de Cronbach, uma vez que esta medida possibilita avaliar a fidelidade do instrumento, permitindo constatar até que ponto um conjunto de itens é homogéneo e o grau em que a medida é consistente ou se encontra livre de erro aleatório.

Para todo o tratamento estatístico utilizou-se o software SPSS (v. 18; SPSS Inc, Chicago IL).

Seguidamente serão apresentados os resultados obtidos no EADS-21 (dimensão Stress) dos sujeitos não submetidos a cirurgia bariátrica (n=15) e dos sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica (n=15). No quadro 1 é possível verificar que a média de Stress é superior no grupo dos sujeitos sem cirurgia (M=1,35) comparativamente ao grupo dos sujeitos com cirurgia (M= 0,80).

Quadro 1 – Valores Médios da EADS-21 (dimensão Stress) no grupo sem cirurgia e no grupo com cirurgia

Grupo	N	Mean	Std. Deviation
Com cirurgia	15	0,8095	0,63812
Sem cirurgia	15	1,3524	0,38129

Para se averiguar se as diferenças das médias são significativas, recorreu-se à Estatística Inferencial. O teste adequado para proceder a esta comparação é o T- Student para amostras independentes. O teste T-Student para amostras independentes aplica-se quando se pretende testar duas amostras independentes (extraídas da mesma população ou de populações diferentes) (Maroco, 2003). No entanto, este teste tem dois pressupostos que precisam de ser verificados: Normalidade e Homogeneidade de Variâncias). Como ambas as amostras são de dimensão inferior a 30 elementos, o teste de normalidade mais adequado é o Shapiro-Wilk.

Como os dois pressupostos foram aceites, pois os *p-values* foram superiores a 0,05, a distribuição dos dados seguiu normal (ver Anexo F). Deste modo, recorreu-se ao teste paramétrico T-Student para duas amostras independentes.

Este teste permitiu verificar que existem diferenças significativas nas médias de Stress entre os sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica e os que não foram sujeitos a este tratamento ($p=0,009$) (Anexo F).

Os resultados do EDI revelaram também diferenças nos valores médios entre os dois grupos. Os indivíduos não submetidos a cirurgia bariátrica apresentaram valores médios mais elevados nas sub-escalas Impulso para Emagrecer, Bulimia, Insatisfação Corporal, Ineficácia, Desconfiança Interpessoal e Consciência Interoceptiva e os indivíduos submetidos a cirurgia têm os valores médios mais elevados nas sub-escalas Perfeccionismo e Medos de Maturidade. (Quadro2).

Na sub-escala Impulso para Emagrecer, o grupo sem cirurgia apresenta uma média mais elevada (M=1,33), comparativamente com o grupo com cirurgia (M= 1,01). Na sub-escala Bulimia verifica-se o mesmo cenário, sendo o grupo sem cirurgia o que revela a média mais alta (M= 0,96) e o grupo com cirurgia uma média mais baixa (M=0,32). Relativamente à Insatisfação Corporal, o grupo sem cirurgia apresenta mais uma vez valores médios superiores (M=1,67) aos do grupo com cirurgia (M=0,96). Quanto à sub-escala Ineficácia, à semelhança dos cenários anteriores, os indivíduos sem cirurgia revelam valores médios mais altos (M=0,79), comparativamente aos indivíduos operados (M=0,53). No que diz respeito à sub-escala Perfeccionismo o cenário altera-se, com o grupo dos sujeitos com cirurgia a revelar valores médios mais elevados (M=0,63) e o grupo de sujeitos sem cirurgia a revelar valores médios mais baixos (M=0,44). Na sub-escala Desconfiança Interpessoal, o grupo sem cirurgia volta a apresentar valores médios mais altos (M=0,58), comparativamente aos sujeitos com cirurgia (M=0,46). A tendência mantém-se na sub-escala Consciência Interoceptiva, com o os sujeitos não operados a mostrarem valores médio mais altos (M=0,72) e os sujeitos operados, valores médios mais baixos (M=0,62). Por fim, na sub-escala Medos de Maturidade, é o grupo dos sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica que apresenta valores médios mais elevados (M=0,59), comparativamente ao grupo de sujeitos que não efectuaram a cirurgia (M=0,40).

Quadro 2 – Valores Médios do EDI no grupo sem cirurgia e no grupo com cirurgia

Sub-escalas do EDI	Grupo	N	Mean	Std. Deviation
Impulso Emagrecer	Com cirurgia	15	1,019	0,711197
	Sem cirurgia	15	1,3333	0,35269
Bulimia	Com cirurgia	15	0,3238	0,317
	Sem cirurgia	15	0,9619	0,4435
Insatisfação Corporal	Com cirurgia	15	0,963	0,75086
	Sem cirurgia	15	1,6741	0,85909

Ineficácia	Com cirurgia	15	0,5333	0,67047
	Sem cirurgia	15	0,7933	0,44476
Perfeccionismo	Com cirurgia	15	0,6333	0,59161
	Sem cirurgia	15	0,4444	0,56928
Desconfiança Interpessoal	Com cirurgia	15	0,4667	0,42332
	Sem cirurgia	15	0,581	0,36806
Consciência Interoceptiva	Com cirurgia	15	0,6267	0,46363
	Sem cirurgia	15	0,7267	0,37696
Medos de Maturidade	Com cirurgia	15	0,5905	0,55029
	Sem cirurgia	15	0,4	0,42584

Para verificar as diferenças estatisticamente significativas, recorreu-se à Estatística Inferencial. O teste adequado para proceder a esta comparação é o T- Student para amostras independentes. No entanto, este teste tem dois pressupostos que precisam de ser verificados: Normalidade e Homogeneidade de Variâncias). Como ambas as amostras são de dimensão inferior a 30 elementos, o teste de normalidade mais adequado é o Shapiro-Wilk.

Todos os *p-values* foram superiores a 0,05 logo a distribuição dos dados seguiu normal (ver Anexo G). Deste modo, recorreu-se ao teste paramétrico T-Student. Com exceção da sub-escala Medos de Maturidade que não segue normal e por isso foi aplicado um teste não-paramétrico (Wilcoxon-Mann-Whitney).

Estes testes permitiram verificar que existem diferenças significativas nas médias das sub-escalas Bulimia ($p=0,000$ e Insatisfação Corporal ($p=0,023$) entre os sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica e os que não foram sujeitos a este tratamento (Anexo G).

Análise das Correlações

Para perceber se existia relação entre o EADS-21 (Dimensão Stress) e as 8 sub-escalas do EDI nos sujeitos sem cirurgia bariátrica e se existia relação entre o EADS-21 (Dimensão Stress) e as 8 sub-escalas do EDI nos sujeitos com cirurgia bariátrica, utilizou-se a correlação de Pearson, uma vez que se tratam de variáveis quantitativas.

Com a aplicação deste teste foi possível verificar que não existe nenhuma correlação significativa entre as variáveis EADS-21 (Dimensão Stress) vs 8 sub-escalas do EDI nos sujeitos sem cirurgia bariátrica. A magnitude das correlações revelou-se

fraca e sem significância (Impulso para Emagrecer $p=0,682$; Bulimia $p=0,338$; Insatisfação Corporal $p=0,908$; Ineficácia $p=0,586$; Perfeccionismo $p=0,545$; Desconfiança Interpessoal $p=0,493$; Consciência Interoceptiva $p=0,508$; Medos de maturidade $p=0,959$) (ver Anexo H).

Quanto às as variáveis EADS-21 (Dimensão Stress) vs 8 sub-escalas do EDI nos sujeitos com cirurgia bariátrica, verificou-se que existem duas correlações significativas (ver Anexo I). Existe uma correlação de valor $r=0,647$ e significativa ($p=0,009$) entre a dimensão Stress e a sub-escala Impulso para Emagrecer. Estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável. Significa que 64,7% da variação do score de uma variável é explicada pelo score da outra variável, ou seja, quanto maior o Stress maior o Impulso para Emagrecer e vice-versa. Existe ainda uma correlação de valor $r=0,642$ e significativa ($p=0,010$) entre a dimensão Stress e a sub-escala Medos de Maturidade. Estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável. Significa que 64,2% da variação do score de uma variável é explicada pelo score da outra variável, ou seja, quanto maior o Stress maior os Medos de Maturidade e vice-versa (ver Anexo I).

Verificaram-se ainda três correlações positivas de magnitude razoável, mas não significativas. São elas entre a dimensão Stress e a sub-escala Bulimia ($p=0,082$); entre a dimensão Stress e a sub-escala Insatisfação Corporal ($p=0,081$) e a dimensão Stress e a sub-escala Consciência Interoceptiva ($p=0,098$) (ver Anexo I). Significa que quanto maior o Stress, maior o score nestas três sub-escalas.

A análise da consistência interna dos instrumentos utilizados foi realizada através do Alpha de Cronbach. Na EADS-21 os resultados revelaram-se extremamente fiáveis, existindo um valor forte de consistência interna (α de Cronbach $> 0,6$): dimensão Stress (0,85) (ver Anexo J).

No EDI, os valores de consistência interna foram iguais a 0,71 (Impulso para Emagrecer), 0,83 (Bulimia), 0,89 (Insatisfação Corporal), 0,90 (Ineficácia), 0,78 (Perfeccionismo), 0,73 (Desconfiança Interpessoal), 0,75 (Consciência Interoceptiva) e 0,80 (Medos de Maturidade), ou seja, escala muito fiável (ver Anexo J).

Discussão

No passado a obesidade mereceu pouca atenção por parte dos estudiosos e investigadores. No entanto, ultimamente, tem-se registado um aumento significativo de estudos nesta área devido por um lado, ao aumento alarmante de número de obesos em Portugal e no Mundo, como também talvez ao desenvolvimento de procedimentos cirurgicos seguros e eficazes que visam o tratamento desta doença.

Como visto anteriormente, a obesidade é uma doença complexa, que se acredita que tenha na sua origem factores biológicos, psicológicos, sociais, genéticos, metabólicos, padrões comportamentais, etc.

Assim, torna-se necessário investigar e compreender as variáveis psicológicas subjacentes, causas e consequências desta doença, de modo a encontrar estratégias de intervenção mais eficazes.

Na tentativa de aprofundar alguns dos aspectos implicados nesta multifactoralidade, este estudo teve como objectivo avaliar a relação entre o stress e o comportamento alimentar em obesos, antes e após o tratamento com cirurgia bariátrica - a cirurgia bariátrica designa os diversos tipos de técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da obesidade.

A análise realizada permitiu verificar que as médias de Stress são significativamente superiores nos sujeitos que não efectuaram cirurgia bariátrica. Os resultados da investigação neste domínio são usualmente contraditórios. Alguns estudos sugerem que o stress está associado a uma diminuição dos alimentos ingeridos (Stone & Browell, 1994). No entanto, outros estudos referem um aumento da quantidade de alimentos ingerida em momentos de stress, nomeadamente em indivíduos obesos.

Ogden (2003) considera que, às vezes, o stress diminui a quantidade de alimentos ingerida, enquanto outras vezes pode aumentá-la. Esta relação contraditória tem vindo a ser designada na literatura como o “paradoxo stress/ingestão” (Stone & Browell, 1994).

A contrariar os resultados obtidos, Fettes e 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 perturbações psicológicas do que os sujeitos obesos mórbidos que não fizeram a cirurgia.

No presente estudo, foi possível confirmar que existe uma diferença significativa na sub-escala Bulimia entre os sujeitos com cirurgia e os sujeitos sem cirurgia, sendo que estes últimos apresentam valores médios mais elevados.

A sub-escala Bulimia indica a tendência para episódios de ingestão compulsiva, ingestão alimentar sem controlo, que poderá ser seguida de comportamentos compensatórios, por exemplo, o vómito induzido.

Kahtalian (citado por Cataneo et al, 2005) considera que o acto de comer, para os obesos, é sentido como tranquilizante, como uma forma de centrar a ansiedade e a angústia no corpo, estando também relacionado com dificuldades em lidar com a frustração e como os limites.

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, segundo Rebelo e Leal (2007), fica a dúvida se a compulsão alimentar é uma causa da obesidade ou uma consequência da prática contínua da dieta.

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

Foi também possível confirmar neste estudo que existe uma diferença significativa na sub-escala Insatisfação Corporal entre os sujeitos com cirurgia e os sujeitos sem cirurgia, sendo que estes últimos apresentam valores médios mais elevados.

A Insatisfação Corporal representa um factor de risco que pode ser responsável pelo início e manutenção de um comportamento de controlo extremo, o que pode aumentar a probabilidade e vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações do foro alimentar (Garner, 2004).

Segundo Santos e Batista (2004), 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. Rosen (1996) acrescenta que a consequência mais consistente nos sujeitos com obesidade é a Insatisfação Corporal.

A insatisfação com a imagem corporal tem sido analisada enquanto factor que pode desempenhar um papel relevante na motivação da pessoa para adoptar determinado tipo de comportamentos alimentares (tais como restringir o consumo de gorduras e o consumo calórico). Heinberg, Thompson e Matzon (2002) consideram que esta insatisfação poderá ser útil e necessária para motivar o indivíduo a adoptar comportamentos saudáveis. Por sua vez, Erickson e Gerstle (2007) constataram que a preocupação e insatisfação com o peso e a imagem corporal constituem importantes determinantes do comportamento alimentar adoptado (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2008).

Com base no estudo efectuado por Santos e Batista (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, maior desejabilidade social e maior insatisfação corporal; em comparação com os outros sujeitos clínicos e não clínicos.

Apesar da Insatisfação Corporal no presente estudo apresentar valores mais elevados nos indivíduos sem cirurgia, não deixa de ser relevante referir que segundo Benedetti (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 curto espaço de tempo, sem alterar proporcionalmente a imagem corporal. Isto porque as alterações na forma como o sujeito se percebe são graduais e dependentes de uma consciencialização do modo de viver.

Neste estudo, quando avaliada a correlação entre a Dimensão Stress do EADS-21 e as oito sub-escalas do EDI, foi possível confirmar correlações significativas entre a dimensão Stress e a sub-escala Impulso para Emagrecer e a dimensão Stress e a sub-escala Medos de Maturidade.

Foi então possível confirmar que quanto maior o Stress, maior o Impulso para Emagrecer e vice-versa.

A sub-escala Impulso para Emagrecer avalia a excessiva preocupação com a dieta e com o peso; reflecte o desejo intenso de emagrecer, assim como o medo de ganhar peso.

Estando o excesso de peso associado, nos mais diversos casos, a um humor deprimido e outras alterações emocionais relacionadas (como agentes stressores externos), poderá surgir uma significativa obsessão por emagrecer, aumentando o recurso a comportamentos desajustados que, como causalidade final, aumentam o risco de perturbação do comportamento alimentar (Ackard et al, 2003).

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 a diminuí-lo. Há assim uma preocupação permanente com o que comem e com o corpo, resistindo a comer o que desejam (Viana, 2002).

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. Assim, o estado emocional do sujeito pode reflectir-se no apetite, aumentando-o ou diminuindo-o.

Diversas investigações sugerem existir uma associação entre a restrição alimentar e aspectos emocionais, sendo que os sujeitos que restringem (fazem dieta) ingerem maior quantidade de comida quando estão deprimidos ou sob efeito de stress, dos que os que não restringem (Straub, 2005).

Segundo Straub (2005), 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. Deste modo, as dietas com maior sucesso, são aquelas que são programadas num contexto multidisciplinar, com acompanhamento a longo prazo.

Algumas investigações sugerem que alguns sujeitos que realizam dieta apresentam sinais de stress e depressão, atravessando fases cíclicas de perda e ganho de peso (Viana, 2002).

Como referido anteriormente, neste estudo foi possível confirmar a existência de correlação significativa entre a dimensão Stress e a sub-escala Medos de Maturidade.

Foi então possível confirmar que quanto maior o Stress, maior os Medos de Maturidade e vice-versa.

A sub-escala Medos de Maturidade mede o desejo de voltar à segurança dos anos de infância e pré-adolescência e a recusa das responsabilidades de adulto; examina a recusa da maturidade psicológica devido às exigências da vida adulta.

No estudo de Carmo (2001), a autora encontra um score elevado entre as perturbações emocionais e várias sub-escalas do EDI, nomeadamente, a sub-escala Medos de Maturidade.

Inicialmente a ingestão em excesso no obeso era considerada como consequência do descontrolo provocado por estados emocionais sendo que, em estados de stress, ansiedade ou angústia, responderiam com ingestão em excesso enquanto que, um sujeito considerado “normal”, tenderia a diminuir o apetite (Viana & Sinde, 2003). Esta resposta, segundo Bruch (1961) era o resultado de uma confusão entre estados emocionais e fome, tendo a mesma origem na infância.

Kaplan e Kaplan (1957) (citado por Bruch, 1961) referem que os psicanalistas entendem a obesidade como uma fixação oral e uma regressão à mesma. Segundo os autores, os obesos, diante das frustrações da vida e do seu funcionamento como adultos, regridem à fase oral em busca de uma gratificação infantil.

Segundo outros autores, comer em excesso pode ser ainda encarado como um mecanismo de defesa utilizado pelos obesos contra sentimentos inconscientes de abandono e desesperança, originados por situações de perda do objecto (Busato de Azevedo & Spadotto, 2004).

Também numa perspectiva psicanalítica, Kahtalian (citado por Cataneo et al, 2005) analisa os mecanismos orais do obeso, considerando que o acto de comer pode significar necessidade de receber amor, medo de sofrer privações, reacção a uma separação ou perda, entre outros.

Neste estudo foram ainda encontradas correlações de magnitude razoável, mas não significativas entre a dimensão Stress e a sub-escala Bulimia, entre a dimensão Stress e a sub-escala Insatisfação Corporal e entre a dimensão Stress e a sub-escala Consciência Interoceptiva.

Não é possível confirmar a reciprocidade entre o Stress e a Bulimia e vice-versa, no entanto, a magnitude razoável da correlação justifica algumas considerações.

Tal como foi possível constatar no estudo de Tapadinha & Ribeiro (2008), a presença de perturbação de ingestão compulsiva aparece associada com uma maior

tendência a reagir aos acontecimentos stressantes com índices elevado de ansiedade e depressão ou com outros sintomas psicopatológicos.

Burton et al. (2007) salientou num estudo recente que as intervenções nesta área que objectivam a diminuição de um afecto negativo (como é o caso do Stress), têm um efeito positivo nos sintomas de natureza bulímica, o que vai no sentido da relação encontrada com a sub-escala Bulimia.

De forma semelhante, alguns estudos mostraram que, num momento de maior fraqueza emocional causado por emoções negativas, fadiga e outros possíveis agentes de stress, podem causar um repentino episódio de ingestão compulsiva contínua e consequente perda do controlo alimentar (Claus et al., 2006; Striegel-Moore et al., 2007).

Relativamente aos dados obtidos entre o Stress e a sub-escala Insatisfação Corporal, Garner (2004) indica que resultados elevados nesta sub-escala podem reflectir, na prática, sentimentos de intenso “distress”.

Vários estudos longitudinais têm encontrado fortes associações entre as preocupações com o peso e a imagem corporal e o comportamento alimentar desajustado, incluindo a purgação e a ingestão compulsiva (Haines et al., 2007).

Por fim, neste estudo foram ainda encontradas correlações de magnitude razoável, mas não significativas entre a dimensão Stress e a sub-escala Consciência Interoceptiva.

A sub-escala Consciência Interoceptiva avalia a falta de confiança em reconhecer e identificar emoções e sensações, nomeadamente fome e saciedade.

Existem inúmeras associações entre o estado emocional do sujeito e a repercussão ao nível do seu comportamento alimentar de tal forma que, alguns estudos remetem para algumas perturbações do humor funcionarem como mediadoras na relação com a comida e com a dicotomia *prazer-desprazer* relacionada com o comportamento alimentar (Gilboa-Schechtman et al., 2006).

Do mesmo modo, Thompson (1996) refere que o comportamento alimentar pode funcionar como uma estratégia de gestão de fortes emoções, o que por sua vez pode hipotetizar a existência de uma relação entre os níveis emocionais (elevada ansiedade, agentes de stress externos) e a consequente perturbação do comportamento alimentar.

De acordo com estas perspectivas e pelo facto do comportamento alimentar poder funcionar como uma estratégia de gestão de fortes emoções, existe uma maior

probabilidade e susceptibilidade para a adopção de comportamentos desadaptados e desajustados para a saúde, o que conseqüentemente pode levar a uma deficitária resposta aos mecanismos de saciedade.

Para Woolfolk (undated) o comportamento de dieta alimentar não é só baseado na sensação de fome, mas sim na premissa de que se está “demasiado gordo” e que, ao perder peso o problema será resolvido. Assim, o efeito mais insidioso da dieta é a interferência da percepção normal de que se tem fome ou dos sinais de saciedade.

Contudo, para quem faz dieta, esses sinais arbitrários são mais difíceis de gerir quando se encontram em fases de maior stress ou depressão, altura em que poderá ocorrer um descontrolo do comportamento alimentar (Woolfolk, undated).

Segundo Garner (2004), a Consciência Interoceptiva tem por base o “medo” e a “confusão” afectivos, que são sinónimo de stress quando as emoções se tornam demasiado intensas ou fora de controlo, gerando no sujeito sérias dificuldades de auto-reconhecimento sobre o seu próprio estado emocional.

Com este estudo podemos concluir que a obesidade é um processo complexo, de origem multifactorial, que parece complicar-se com a ocorrência de perturbações do comportamento alimentar e com a influência de factores psicossociais.

Considerações finais

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 de hábitos alimentares, com o objectivo último de diminuir a mortalidade e morbilidade associadas à obesidade (Morgado, 2004).

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.

O acto de comer pode ser encarado como um mecanismo compensatório da solidão, da frustração e do esquecimento. Por vezes, o acto de ingestão pode ser acompanhado de um desconhecimento do 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 interior.

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, carecendo de um maior número de investigações ao nível do comportamento alimentar e dos factores psicossociais.

Apesar deste estudo dar algumas pistas sobre a forma como o stress se relaciona com o comportamento alimentar em obesos, antes e após a cirurgia bariátrica, teria sido importante analisar os resultados de um maior número de indivíduos. Uma das limitações deste estudo foi, efectivamente, o número de participantes, pelo que se sugerem investigações com amostras mais representativas.

No futuro, seria também interessante desenvolver uma investigação semelhante, mas utilizando a EADS-21 completa, pois as dimensões Ansiedade e Depressão são de grande relevância no estudo da obesidade.

Deste modo, será possível continuar a ponderar as causas desta doença e delinear-se estratégias de intervenção mais eficazes.

Bibliografia

- Ackard, D., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2003). Overeating among adolescents: Prevalence and Associations With Weight-Related Characteristics and Psychological Health. *Pediatrics*, *1* (111), 67-74.
- Ballone, G. (2010). *Obesidade*. Consultado a 27 de Janeiro de 2010 através de <http://www.psiqweb.med.br/>
- Barrera, E. L. (2001). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. In E. Garcia-Camba (Ed). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 365-382). Barcelona: Masson.
- Blásquez, V. G., Lauffer, J. C., Gutiérrez del Álamo, J. Q., Moreno, G. & Moreno, C. (2003). Aspectos clínicos de la obesidade. In A. Moreno (Ed.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia nerviosas, Obesidade y Atraciones*, (pp. 253-266). Barcelona: Masson.
- Benedetti, C. (2003). *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor.
- Björntorp, P. (1995). Endocrine Abnormalities of obesity. *Metabolism*, *44* (9 Supl.3), 21-23.
- Borges, J., Guarisi, T., Giatti, M., Borges, P. & Bastos, A. (2000). Obesidade e

- hipercolesterolemia na adolescência. *Revista de Ginecologia & Obstetrícia*, 11 (2), 132-136.
- Burten, B. (1979). *Nutrição Humana: Padrões alimentares*. São Paulo: Editora Mcgraw-Hill
- Burton, E., Stice, E., Bearmen, S.K. & Rohde, P. (2007). Experimental test of the affect-regulation theory of bulimic symptoms and substance use: A randomized trial. *International Journal of Eating Disorders*, 27-36.
- Bray, G. (1997). Obesidade. In Zyegler Ekhard & Filer (Eds), *Conocimientos Actuales Sobre Nutricion* (pp 22-36) (7ª ed.) Washington DC: International Life Sciences Institute, OPS.
- Bruch, H. (1961). Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5, 269-274
- Busato de Azevedo, M.A. & Spadotto, C. (2004). Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia da SBP*, Vol. 12, 2.
- Carmo, I. (1999). *Magros, Gordinhos e assim-assim – Perturbações alimentares dos jovens* (2ª ed.). Porto: Edinter.
- Carmo, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa: ISPA
- Carmo, I. (2003). *Porque Não Consigo Parar de Comer*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Carmo, I. et al. (2006) Prevalence of Obesity in Portugal. *Obesity Reviews*. 233-237
- Carmo, I. et al. (2007) Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*. 9:1, 11-19.
- Carmo, I., Dias, T., Castro, I., Feio, M. & Galvão Teles, A. (1989). Factores sócio-económicos da obesidade. *O Médico*, 121, 132-135.
- Carmo, I., Fagundes, M. J., Camolas, J. (2008). Cirurgia bariátrica. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 2 (4), 43-50.
- Cataneo, C.; Carvalho, A. & Galindo, E. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade emocional e auto-conceito, locus de controlo e ansiedade. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 18 (1), 39-46.
- Cerqueira, M. (1999). *Contribuição da hereditariedade para o estudo da obesidade: avaliação dos factores sociais, hereditários e alimentares*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Chrousos, G. P. (2000). The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: Neuro-endocrine and target tissue-related causes. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 4 (Supl. 2), S50-5.
- Claus, L., Braet, C. & Decaluwé, V. (2006). Dieting History in Obese Youngsters with and without disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (8), 721-728.
- Costa, C., Ramos, E., Barros, H., Torres, A. R., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas do Eating Disorders Inventory em adolescentes portugueses. *Acta Med. Port.*, 20, 511-524.
- Czepielewski, M. (2001). *Obesidade*. Consultado a 30 de Janeiro de 2010 através de www.abcdasaude.com.br/artigo.php?303
- DiGregorio, J. M., & Moorehead, M. K. (1994). The psychology of bariatric surgery patients: A clinical report. *Obesity Surgery*, 4, 361-369.
- Epel, E., Lapidus, R., McEwen, B., & Brownell, K. (2001). Stress may add bite to

- appetite in women: A laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 26(1), 37-49.
- Erickson, S.J., & Gerstle, M. (2007). Developmental considerations in measuring children's disordered eating attitudes and behaviors. *Eating Behaviors*, 8, 224-235.
- Fontoura, M., Duarte, J., Simas, M., Rebelo, M., & Guerreiro, L. (1991). Obesidade infantil – aspectos particulares. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 3 (1), 19-27.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of multidimensional Eating Disorders Inventory. *International Journal of Eating Disorder*, 2, 15-53
- Garner, D.M. (2004). *The Eating Disorder Inventory – C. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Giboa-Schechtman, E.; Avnon, L.; Zubery, R. & Jeczmiem, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety*, 23, 331-339.
- Glinski, J., Wetzler, S., & Goodman E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11, 581-588.
- Green, M. & Monteiro, J. (1992). Algumas considerações sobre a obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 2 I(23), 121-124.
- Guerreiro, S. (2001). Emagrecer com conta, peso e medida. *Medicina & Saúde*, 2, 38-39.
- Günter, R. (2000) A obesidade feminina. *Análise Psicológica*, 1, 59-70.
- Haines, J., Sztainer, D.N., Eisenberg, M.E. & Hannan, P.J. (2007). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from project EAT (eating Among Teens). *Pediatrics*, 117(2), 209-215.
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., & Matzon, J.L. (2002). Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: Is some distress beneficial? In R. H. Striegel Moore & L. Smolak (Eds), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 215-232). Washington DC: American Psychological Association.
- Henriques, A., Neves, C., Pesquita, I. (2005). Estudos correlacionais e estudos causal-comparativos. *Metodologia de Investigação I*, 1-5.
- Kinzl, J. F., Traweger, C. Trefalt, E. & Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 13 (1), 105-110.
- Jouret, B. (2002). Obesité de l'enfant. *Dossier enseignement*, 3 (37), 209-216.
- Larsen, J. K., Green, R., Maas, C., Wit, P., Antwerp, T. V., Brand, N. & Ramshort (2004). Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obesity Research*, 12 (11), 1828-1834.
- Lemos, S. (2002). *Obesidade*. Consultado a 27 de Janeiro de 2010 através de www.cirurgias.hpg.ig.com.br/Obesidade/obesidade.htm
- Lioret, S., Volatier, J., Basdevant, A., Pouillot, R., Maffre, J., & Martin, A (2001). Prévalence de l'obésité infantile en France : aspects démographiques, géographiques et socio-économiques, d'après l'enquête INCA. *Cahier de Nutrition et Diététique*, 36, 405-410.
- Lopes, A., Pereira, P. & Mesquita, M. (1999). Acompanhamento nutricional dos utentes do Centro de Saúde – Loures. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 1 e 2 (9), 87-97.
- Lovallo, W. R. (1997). *Stress & Health: Biological and Psychological Interactions*. California: Sage Publications.

- Lovibond, P.F. (1995). Long-term stability of depression, anxiety and stress syndromes. *Journals of Abnormal Psychology*, 107 (3), 520-526.
- Machado, P.P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares (2001). Portuguese version of eating disorders inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9, 43-45.
- Machado, P.P., Soares, I., Sampaio, D., Torres, A., Gouveia, J. Oliveira, C. & Cost B-6-Portugal (2004). Perturbações alimentares em Portugal: Padrões de utilização dos serviços. *Revista de informação e divulgação do NDCA*, 1 (1), 1-8.
- Maham, L., & Escott-Stump, S. (1998). *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia* (9ª ed). São Paulo: Editora Afiliada.
- Margoto, J. (2002) *Obesidade: faça a sua avaliação*. Consultado a 30 de Janeiro de 2010 através de www.escelsanet.com.br/sitesaude
- Maroco (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (ver. 2ª ed.) Lisboa: Sílabo.
- Martin, P. (2001). *A Mente Doente. Cérebro, Comportamento, Imunidade e Doença* (M A. Costa, Trad). Lisboa: Bizâncio. (Original publicado em 1997).
- Maximiano, J., Miranda, M. Tomé, C. Luís, A. & maia, T. (undated). Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 69-76.
- Miller, M.N. & Pumariega, A. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64 (2), 93-110.
- Monteiro, P. O. A., Victoria, C. G., Barros, F. C. & Tomasi, E. (2000). Diagnóstico de sobrepeso em adolescentes: estudo do desempenho de diferentes critérios para o Índice de Massa Corporal. *Revista de Saúde Pública*, 34 (5), 506-513.
- Moreno, C. & Bonfim, T. (2004). A imagem corporal e pós cirúrgica em pacientes com obesidade mórbida. 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 (Ed.). *Actas da V Conferência de psicologia nos cuidados de saúde primários: psicologia, promoção da saúde e prevenção*, 115-163. Lisboa: Ispa.
- Mountford, V., Costorphine, E., Tomlinson, S. & Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 48-58.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ogden, J. (2003). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. U.S.A.: Blackwell Publishing.
- Oliveira, J. (2006). *Aspectos Psicológicos de Obesos grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica*. Tese de doutoramento apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- OMS (2006). *Obesity and overweight*. Consultado a 27 de Janeiro de 2010 através de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Passionotto, L., Passionotto, C., Pereira, A., Barbosa, L., Cunha, S., Oliveira, C. & Diegues, L. (2001). *Obesidade*. Consultado a 30 de Janeiro de 2010 através de www.tanaadolescencia.hpg.ig.com.br/obesidade.htm
- Peeke, P. M. & Chrousos, G. P. (1995). Hypercortisolism and obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 771, 665-676.
- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Maroco, J. (2009). O peso da mente – Uma revisão

- de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 175-187.
- Rebello, A. & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 467-477.
- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi: Lisboa.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi: Editores.
- Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004^a). Contributo para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress e Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246. Coimbra.
- Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004^a). Contributo para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- 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.
- Rotman, M., & Becker, D. (1970). Traumatic Situations in Obesity. *Psychopathology and Psychology*, 18, 372-376.
- Ryden, A., Sullivan, M., Torgeson, J. S., Karlsson, J., Lindroos, A. K., & Taft, C. (2003). A comparative controlled study of personality in severe obesity: a 2-y follow-up after intervention. *International Journal of Obesity*, 28, 1485-1493.
- Sannen, I., Himpens, J., & Leman, G. (2001). Causes of dissatisfaction in some patients after adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 11, 605-608.
- Santos, A. M. & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4 (XVI): 675-690
- Santos, I. & Batista, 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.
- Schick, A. (1947). Psychosomatic aspects of obesity. *The Psychoanalytical Review*, 34, 173-183.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J.L. & Cardoso, H. (2008). Porque comemos o que comemos? Determinantes Psicossociais da Seleção Alimentar. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (2), 189-208.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J.L. & Cardoso, H. (2008). Qualidade de vida em indivíduos candidatos a cirurgia de obesidade e em indivíduos já submetidos a este procedimento cirúrgico (entre 6 e 24 meses e há mais de 24 meses): estudo comparativo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 51-58.
- Silva, M. & Patrão, I (2006). Stress e controlo emocional em mulheres com cancro da mama. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 379 – 386. Faro: Universidade do Algarve.
- Spillman, D. (1990). Survey of food and vitamin intake responses reported by university students experiencing stress. *Psychological Reports*, 66, 499-502
- Stone, A. A. Brownell, K. D. (1994). The stress-eating paradox: Multiple daily measurements in adult males and females. *Psychology & Health*, 9, 425-436.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed

- Striegel-Moore, R., Dohm, F., Kraemer, H., Schreiber, G., Taylor, C. & Daniels, S. (2007). In: *International Eating Disorders*, 40, 481-487.
- Tapadinhas, A. R. & Pais-Ribeiro, J. L. (2008) Ingestão compulsiva e gestão das emoções na obesidade. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Orgs.). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 85-88. Porto: Universidade do Porto
- Thompson, J. (1996). *Body Image, Eating Disorders and Obesity. An integrative guide for assessment and treatments*. Washington DC: American Psychological Association.
- Travado, L., Pires, Martins, R., Ventura, C. & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 533-550.
- UEC (1997). *Obesidade na infância e Adolescência*. Consultado a 30 de Janeiro de 2010 através de www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/obesidad.htm
- Valley, V. & Grace, D. M. (1987). Psychosocial risk factors in gastric surgery for obesity: Identifying guidelines for screening. *International Journal of Obesity*, 11, 105-113.
- Vallis, T. M., Ross, M. A. (1993). The role of psychological factors in bariatric surgery for morbid obesity: identification of psychological predictors of success. *Obesity Surgery*. 3 : 4, 346-359.
- Van Kolck, O.L. (2001). *Testes projectivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: Pedagógica Universitária.
- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 195-198.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (XX), 611-624.
- Viana, V. & Sinde, S. (2003). Estilo Alimentar: adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 59-71.
- Wadden, T. A., Sarwer, B. D., Womble, L. G., Foster, G. D., & Mcguckin, B. G & Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgery Clinical North America*, 81 (5), 1001-1024.
- Wolff, G. E., Crosby, R. D., Roberts, J.A., & Wittrock, D.A. (2002). Differences in daily stress, moos, coping, and eating behavior in binge eating and nonbinge eating college women. *Addictive Behaviours*, 25(2), 205-216.
- Woolfolk, S., McCorkle, S. Fountain, B. & Byrd, S (undated). *Stress and emotional eating*. Mississippi State University. Consultado a 30 de Setembro de 2010 através de <http://msucare.com/>

ANEXOS

ANEXO A

Revisão Teórica

Obesidade

Definir obesidade não é tarefa fácil, contrariamente ao que uma abordagem superficial possa indiciar. De facto, apesar de existirem situações em que se classifica com facilidade um indivíduo de obeso, subsistem ainda inúmeros casos em que tal afirmação é bastante duvidosa. Carmo et al. (1989) abordam a subjectividade do conceito referindo que este conceito nasceu na sociedade euro-americana no século XX e depressa se disseminou, muito por influência dos *mass-media* e das tendências da moda, sem grande preocupação pela clarificação de critérios.

De acordo com Ballone (2010), qualquer definição de obesidade é arbitrária dado que não existe um parâmetro que separe com precisão os indivíduos obesos dos não obesos. Este autor defende ainda que a obesidade possui duas dimensões: uma antropométrica/fisiopatológica e outra emocional/psicodinâmica. A primeira define como obeso aquele que possui uma percentagem de gordura corporal acima de um determinado critério. Nas mulheres, essa percentagem seria superior a 30% e nos homens a 25%.

Actualmente, o método mais utilizado para a mensuração, classificação e investigação epidemiológica da obesidade, é o Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet, que se determina dividindo o peso pelo quadrado da altura: $\text{Peso (Kg)}/\text{Altura}^2 \text{ (m)}$.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, considera-se excesso de peso quando o Índice de Massa Corporal (IMC) é igual ou superior a 25 e que há obesidade quando o IMC é igual ou superior a 30. Considera-se Obesidade Grau III ou Obesidade Mórbida quando o IMC é superior a 40, Super Obesidade quando o IMC é superior a 50 e Super Super Obesidade quando o IMC é superior a 60 (Carmo, 2001; Blázquez et al, 2003; Straub, 2005).

Todavia, esta definição não é universal, existindo inúmeras posições divergentes. Borges, Guarisi, Giatti, Borges e Bastos (2000) consideram que as definições de obesidade deveriam basear-se em critérios de saúde, sobretudo em estatísticas de morbilidade e mortalidade. Já segundo Lemos (2002), a obesidade pode ser definida como um excesso de gordura corporal que leva, com frequência, a uma

perda significativa de saúde. A própria OMS considera-a uma doença por diminuir tanto a qualidade de vida como a esperança média de vida dos indivíduos. Esta organização (OMS, 2006) refere que a obesidade pode ser definida de uma forma simples como uma condição de acumulação anormal ou excessiva de gordura no organismo, o que acarreta um comprometimento da saúde. No entanto, entre os indivíduos obesos, o grau de excesso de gordura, a sua associação, distribuição e consequências para a saúde variam de indivíduo para indivíduo.

Face a esta disparidade de definições veiculadas sobre um mesmo conceito (obesidade), a solução passa pelo incremento da investigação e pela tentativa de unificação de critérios diagnósticos. O primeiro passo já foi dado, uma vez que a obesidade tem sido um fenómeno bastante investigado e debatido. Por exemplo, Frisberg (1993, in Güenter, 2000) refere que a obesidade pode ser definida como um excesso de peso provocado por um aumento do número de células adiposas no corpo. É “(...) uma acumulação de gordura para além da fisiológica, isto é, além da necessária ao equilíbrio funcional e morfológico de um corpo saudável.” (Peres, 1996, citado por Cerqueira, 1999). Também Lopes, Pereira e Mesquita (1999) referem que a obesidade consiste num aumento exagerado da massa gorda em relação à massa magra no organismo, numa proporção que pode afectar o estado de saúde de cada indivíduo.

A obesidade é uma realidade que atinge todos os estratos etários da população, daí ser considerada como um dos maiores problemas de Saúde Pública. Lioret, Volatier, Basdevant, Pouillot, Maffre e Martin (2001) afirmam que a obesidade é particularmente preocupante nas crianças e nos adolescentes, pois estes estão em risco de se tornarem, também, adultos obesos.

Em suma, na literatura científica surge uma grande diversidade de definições para este conceito, desde as explicações mais simplistas às mais complexas. Enquanto que Santoro (1996, in Güenter, 2000) define obesidade como um mero desvio do adequado estado nutricional, a UEC – Universidade Estadual de Campinas - considera-a como “(...) um distúrbio do estado nutricional traduzido por um aumento do tecido adiposo, reflexo do excesso de gordura resultante do balanço positivo de energia na relação ingestão-gasto calórico.” Ou seja, a obesidade parece ser a forma mais comum de má nutrição do mundo ocidental. É uma doença crónica, resultante do armazenamento excessivo de gordura, com muitos anos de evolução. Sabe-se que é uma patologia de origem multifactorial, resultando da combinação de factores: genéticos, ambientais, culturais (hábitos e cultura familiar, publicidade, escola, trabalho, grupo de

amigos), sócio-económicos, familiares (um adulto obeso tende a ter filhos com maior risco de desenvolverem obesidade), psicológicos, metabólicos, educativos, individuais, comportamentais, endócrinos (responsáveis por um pequeno número de casos), neuroendócrinos e dietéticos directamente relacionados com a ocorrência da obesidade (Czepielewski, 2001; Cerqueira, 1999; Jouret, 2002; Lemos, 2002; Maham & Escott-Stump, 1998; Margoto, 2002; Passionotto et al., 2001; UEC, 1997). De facto, é referido que a obesidade é “(...) determinada por factores genéticos, do desenvolvimento psicológico, da família e da cultura, sendo mais frequente em indivíduos de baixo nível sócio-económico, em mulheres, em sociedades industrializadas e urbanas e em culturas onde a actividade física não é predominante.” (Passionotto et al., 2001).

Sendo uma patologia grave cada vez mais frequente em todo o mundo, a obesidade atinge dimensões epidemiológicas bastante significativas no mundo ocidental (Green, 1998; Monteiro, Victora, Barros & Tomasi, 2000). Neste contexto, os gastos dos países industrializados com doenças relacionadas, directa ou indirectamente, com a obesidade são de tal ordem que atingem cerca de 1% a 5% do orçamento total para a saúde (Kortt, Langley & Cox, 1998, in Monteiro et al., 2000). Em Portugal, os custos anuais em saúde dos obesos com IMC (Índice de Massa Corporal) igual ou superior a 35 Kg/m² são três vezes superiores aos dos indivíduos com peso normal (Carmo, Fagundes e Camolas, 2008). Parece também ser um facto que a incidência da obesidade está a aumentar de forma uniforme e inquietante. Em 1995, previa-se existirem cerca de 200 milhões de adultos obesos a nível mundial e cerca de 18 milhões de crianças com menos de 5 anos com excesso de peso, enquanto que em 2000 o número de adultos obesos excedia já os 300 milhões. Em 2005 aproximadamente 1.6 biliões de adultos (idade superior a 15 anos) têm excesso de peso e 400 milhões de adultos são obesos. Segundo projecções da OMS, estima-se que em 2015 2.3 biliões de adultos tenham excesso de peso e mais de 700 milhões sejam obesos (OMS, 2006).

Segundo Silva, Pais-Ribeiro e Silva (2009), em 2004 a Direcção geral de Saúde reconhecia que a obesidade constituía um importante problema de saúde pública, que tendia a agravar-se. Em 2006, Carmo et al. apresentaram os resultados de um estudo realizado entre 2003 e 2005, que revelava que 38,6% da população portuguesa tinha excesso de peso e que 13,8% apresentava obesidade (o que prefaz 52,4% da população com peso a mais).

Em 2007, Carmo et al. actualizaram estes resultados para o mesmo período de tempo, constatando que 39,4% da população portuguesa tem excesso de peso e 14,2%

apresenta obesidade, o que prefaz 53,6% de população com peso acima do que seria recomendado (Segundo Silva, Pais-Ribeiro & Silva, 2009).

Cirurgia Bariátrica

Segundo Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004), “recentemente a cirurgia bariátrica ganhou relevo como uma importante opção terapêutica para esta doença, e é considerada a forma mais eficaz de a controlar a longo prazo (Delin & Anderson, 1999). Este facto leva a que muitos doentes a encarem como “tábua de salvação”, depositando no cirurgião e na cirurgia todas as esperanças e expectativas.”

De acordo com as directivas europeias, podem ser candidatos a cirurgia bariátrica os “doentes entre os 18 e os 60 anos; IMC (Índice de Massa Coporal) maior ou igual a 40 Kg/m²; IMC maior ou igual a 35 Kg/m² com doenças associadas, em relação às quais se espera melhorias pela perda de peso induzida pela cirurgia; estes doentes terão que ter uma história de tentativas frustradas de perda de peso através de tratamento médico ou perda de peso seguida de recuperação (Carmo, Fagundes e Camolas, 2008).

O tratamento do obeso mórbido, a sua selecção assim como a selecção da cirurgia mais adequada, deve ser realizado no seio de uma equipa multidisciplinar, de modo a que se garanta o êxito da cirurgia e a diminuição de possíveis riscos para o paciente. Ao falarmos em multidisciplinaridade, falamos de Médicos Cirurgiões, Psicólogos, Nutricionistas, Endocrinologistas, Anestésistas, entre outros.

O objectivo da cirurgia bariátrica consiste assim 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 40% do peso do sujeito (Moreno & Bonfim, 2004).

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 Bulimia, Alcoolismo e Psicoses); 3) doença inflamatória intestinal, neoplasias e cirrose; 4) enquadramento familiar disfuncional; 5) incapacidade para compreender e seguir ordens médicas; 6) risco cirúrgico muito elevado (Barrera, 2001).

Do ponto de vista psicológico, embora a literatura não seja consensual nesta matéria, consideram-se como contra-indicações para a realização da cirurgia bariátrica: 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 e a Bulimia; 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.

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 a perda do mesmo.

A cirurgia bariátrica requer uma forte adesão do paciente aos seus requisitos pós-cirúrgicos (i.e., modificações alimentares, comportamentais e de estilo de vida) para garantir a eficácia do tratamento. Como referem Valley e Grace (1987) um obeso que consiga uma perda de peso significativa, mas que continue a comer compulsivamente precipitando complicações médicas, não pode ser considerado sucesso terapêutico, ou seja, é um processo incompleto em que as variáveis comportamentais foram negligenciadas (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004).

Deste modo, devem ser tidas em consideração variáveis psicológicas e sociais do indivíduo com Obesidade Mórbida que fazem parte do seu processo de doença e que dão lugar à abordagem psicológica enquanto parte integrante do processo de tratamento destes doentes (Kinzl, Traweger, & Biebl, 2003; Valley & Grace, 1987). Vários autores referem a importância da avaliação psicológica e da adequação cognitiva e comportamental do paciente ao tratamento como factores de prognóstico deste (DiGregorio & Moorehead, 1994; Glinski, Wetzler, & Goodman, 2001; Sannen, Himpens, & Leman, 2001). Com efeito, a existência de alterações psicopatológicas e/ou de personalidade com significado clínico têm sido descritas como podendo comprometer o tratamento, nomeadamente através da não-adesão (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004).

Comportamento Alimentar

O comportamento alimentar envolve não só o acto de ingestão, mas também os factores psicossociais associados à selecção e à decisão de quais os alimentos a

consumir (Viana & Sinde, 2003). Em paralelo, o comportamento alimentar poderá associar-se aos estilos de vida. Os hábitos alimentares constituem-se assim como uma componente fundamental de um estilo de vida saudável e essencial na prevenção de várias doenças crónicas graves.

Na sociedade actual, a obesidade está associada sobretudo a dois factores que estão muito interligados: o sedentarismo e os padrões alimentares incorrectos. De facto, a obesidade tem aumentado não só devido à oferta excessiva de alimentos hipercalóricos e pobres em valor nutritivo (os *fast-food*) mas também porque cada vez mais é empregue menos esforço muscular nas actividades diárias (Meyer & Stunkard, 1993, in Cerqueira, 1999).

Guerreiro (2001) refere que “(...) é no sedentarismo e numa dieta cada vez mais calórica, que residem as principais causas de aumento de peso nos países ocidentais.”

Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004), num estudo com indivíduos com obesidade mórbida em tratamento no Hospital de S. José de Lisboa, verificaram que, quanto ao comportamento alimentar e estilo de vida, este é caracterizado pelo consumo excessivo de alimentos hipercalóricos (84.1%), padrão alimentar desregrado (94.7%) e sedentarismo (84.1%). Estes aspectos traduzem-se em alterações do comportamento alimentar, sendo as mais significativas a indisciplina nas refeições (70.8%), o petisco contínuo (44.6%), compulsividade/crises de voracidade alimentar (43.1%) e ingestão nocturna (21.5%).

A causa básica de obesidade reside num desequilíbrio entre a ingestão calórica e os gastos energéticos, quer em repouso, quer na realização de actividades físicas.

Passionotto et al. (2001) referem que especialistas na área da obesidade indicam como causas da obesidade as facilidades da vida moderna, a televisão com controlo remoto, elevador, escadas rolantes, automóveis, computadores e todos os novos progressos que alimentam a vida sedentária.

Do mesmo modo, Carmo (1999) insiste que a inactividade é uma causa importante para a obesidade, podendo actuar através de dois mecanismos. O primeiro refere que na ausência de actividade apenas uma pequena proporção das calorias ingeridas são utilizadas para fornecer energia para o exercício efectuado, pelo que todas as calorias não utilizadas serão armazenadas sob a forma de depósitos de gordura. O segundo mecanismo indica que existe evidência de que os processos internos de controlo do apetite e saciedade não funcionam de modo adequado quando são consumidos baixos níveis de energia (Burten, 1979).

Assim, além do sedentarismo, o tipo de dieta, o número/frequência das refeições realizadas e a rapidez com que são ingeridas são também factores a ter em conta no desenvolvimento da obesidade. Bray (1997) refere que a ingestão de alimentos é maior em pessoas obesas que em pessoas magras. As pessoas obesas serão aquelas que comem maiores quantidades de alimentos, com maior frequência e de forma mais rápida. A variedade de alimentos disponíveis nos mercados, o consumo exagerado de alimentos ricos em gordura, a diminuição crescente de actividade física diária são, também, fortes aliados da obesidade.

Todavia, o padrão alimentar depende de diversos factores (nutricionais, genéticos, fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais e actividade física), pelo que a sua análise não deve ser reducionista (Lopes, Pereira & Mesquita, 1999). Outros factores que podem influenciar o padrão alimentar poderão ser a superprotecção dos avós, as condições em que as famílias fazem habitualmente as refeições, os acontecimentos marcantes, as modas, a publicidade, etc. A própria luminosidade e o barulho também interferem, sobretudo nos obesos, na quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos (Waxman & Stunkard, in Fontoura et al., 1991).

O conceito de padrão 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 (Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003).

Sobre os mecanismos psicológicos da ingestão alimentar há algumas teorias. Segundo Rebelo e Leal (2007), a teoria psicossomática considera a hiperfagia do obeso como um sintoma determinado por causas psicológicas e emocionais inconscientes sendo a obesidade uma expressão física de um desajustamento emocional subjacente assim como de problemas psicológicos preexistentes e não resolvidos que conceptualizariam os obesos como neuróticos e possuidores de uma fixação oral.

Schick (1947) compara a hiperfagia a uma adição referindo que existe uma patologia da adição no desejo inconsciente de experimentar novamente a satisfação que o bebé obtém com a ingestão de comida (Rebelo & Leal, 2007)

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 & Becker, 1970).

Rebello e Leal (2007) referem que 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 como enaltecido por Bruch (1973). Esta autora acrescenta ainda a necessidade de distinguir diferentes formas de obesidade, com diferentes constelações e aspectos psicológicos. A hiperfagia pode ser uma resposta a situações de stress, uma compensação das dificuldades na interacção social, nos conflitos sexuais e nas relações interpessoais. Assim, o tipo de relação entre sujeito e objecto é característica nos obesos, quando o objecto diz respeito à comida.

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, 2003, Ogden, 2004; Straub, 2005 in Rebello & Leal, 2007). Assim, a fome, sensação considerada interna, não seria correctamente interpretada ou sentida. Dado que os obesos iniciam frequentemente novas dietas ou tentam restringir os seus hábitos e conseqüentemente sentem privação oral, pode-se conceber que a orientação externa reflecte, em vez de originar, o estatuto de obeso (Fisher, 1986 in Rebello & Leal, 2007).

Enquanto a obesidade parece estar bem estabelecida em termos da sua associação com as complicações clínicas e, portanto, enquanto doença que precisa de tratamento na área médica, o mesmo não se pode dizer em relação às alterações psicológicas e a obesidade (Benedetti, 2003).

Há autores que consideram que os aspectos psicológicos além de serem identificados como causas ou conseqüências da obesidade, são também retroalimentadores da condição de obesidade, concomitantes a uma condição clínica e educacional alterada (Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

Segundo Larsen et al. (2004), Ryden et al. (2003) e Wadden et al (2001), por não haver uniformidade sobre a natureza da associação dos aspectos psicológicos com a obesidade, não há também como supor uma personalidade única no indivíduo com obesidade.

Segundo Oliveira (2006) na área da cirurgia bariátrica, as pesquisas apontam em duas direcções, uma para a presença de comprometimento psicológico significativo nos candidatos a cirurgia (Capitão & Tello, 2002; Dixon, Dixon & O'Brien, 2003; Fabricatore, Wadde, Sarwer & Faith, 2005; Mamplekou, Komesidou, Bissias,

Papakonstantinou & Melissas, 2005), enquanto outras não apontam nessa direcção (Dimek, Gange, Neven & Alverdy, 2004; Franques & Ascencio, 2006; Malone & Mayer, 2004).

De entre as pesquisas que não revelaram a presença elevada de problemas psicológicos antes da cirurgia, está um estudo realizado em Portugal sobre o protocolo psicológico, realizado no Centro Hospitalar de Lisboa (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004). Este estudo aponta uma importante direcção sobre a caracterização da população obesa grau III antes da cirurgia. A pesquisa levantou medidas clínicas de psicopatologia, alterações da personalidade e emocionais, qualidade de vida e auto-conceito, dimensões relativas a aspectos relevantes na história de obesidade e motivação, expectativa face ao tratamento e padrão do comportamento alimentar actual e estilo de vida. Participaram no estudo 212 pacientes, 29 do sexo masculino (13,7%) e 183 do sexo feminino (86,3%). Os resultados apontam para a predominância de mulheres com IMC elevado, antecedentes familiares e início da obesidade na infância, e um comportamento alimentar desregrado. Os pacientes afirmam assumir um papel activo e de comprometimento com o tratamento, embora haja um desacordo entre essa postura e a forma de agir. Os autores discutem que há uma tendência para os indivíduos se mostrarem favoráveis, dissimulando dificuldades pessoais e procurando a aceitação e aprovação dos outros, tendo em vista a selecção e o parecer favorável para a cirurgia.

Os dados revelam não haver perturbação psicológica e de personalidade com significado clínico em termos de média estatística, revelando, no entanto, algumas alterações de personalidade compulsiva. Adicionado a isso, revela ainda uma ligeira alteração da ansiedade que se associa ao comportamento alimentar (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004).

Stress

Como já foi referido anteriormente, há diversos factores que contribuem para a obesidade, sendo que o stress poderá ser um deles.

"Stress é um conceito confuso e o seu excessivo emprego tem-lhe desvirtuado o significado." (Martin, 2001). Encontramos, vulgarmente, duas formas diferentes de definição e utilização da palavra stress. Pode descrever um acontecimento ou circunstância externa nociva que deixa o sujeito sob pressão ou tensão. E é comum ouvir as pessoas referirem que têm um emprego "stressante", ou que vivem num ambiente de stress. Outras vezes é utilizada para descrever a resposta do sujeito a

acontecimentos ou circunstâncias desagradáveis. Duas situações diferentes, a primeira centra-se no ambiente, a segunda centra-se no sujeito, correspondendo a conceitos distintos: stress é uma tensão mental ou física, resultante da acção de factores que tendem a alterar o equilíbrio, e resposta de stress é a reacção de compensação ao distúrbio provocado pelo factor de stress (Lovallo, 1997).

Os agentes ou factores de stress podem ser de origem física, psicológica ou social, por exemplo um traumatismo, uma cirurgia, a dor, o ruído, o frio ou calor, as relações familiares, as relações no emprego ou na escola.

Os acontecimentos ou factores do meio e a resposta dos sujeitos a esses factores não são polos opostos ou distantes, o sujeito é parte integrante desse meio. Lazarus e Folkman (1984) introduziram um aspecto importante entre os acontecimentos stressores (ou agentes de stress) e a resposta de stress, a relação entre o sujeito e o ambiente que o rodeia, tendo o sujeito um papel activo nesta interacção.

Anteriormente, os modelos pioneiros do stress, de Canon (1932) e Selye (1956), consideravam-no como uma resposta automática a um estímulo, evidenciando essencialmente os aspectos fisiológicos dessa resposta (Lovallo, 1997). Embora a "perspectiva psicoendócrina" e a "componente psicológica do stress", apresentadas por Canon se direccionem mais para as teorias recentes do stress, do que o modelo biológico de Selye (Ribeiro, 1998).

Segundo Santos e Castro (1998), "...agentes stressores produzem tensão nas pessoas ao nível biológico, psicológico e dos sistemas sociais". A resposta de stress vai depender da forma como avaliamos as exigências e a nossa capacidade para reagir. Os agentes stressores produzem mudanças fisiológicas, mas interferem também a nível psicossocial, com impacto no sistema cognitivo e emocional. O stress interfere nas capacidades cognitivas, por exemplo diminui a memória e a atenção, e desencadeia reacções emocionais como o medo, a ansiedade, a irritabilidade, a tristeza e a depressão (Santos & Castro, 1998).

Mason e Lazarus vêm salientar os factores psicológicos no stress e o papel da avaliação do sujeito (Ribeiro, 1998). Basicamente o modelo de Lazarus e Folkman defende que o stress resulta da avaliação individual dos acontecimentos em transacção com o meio ambiente. A avaliação de um acontecimento como nocivo ou ameaçador, resulta em stress. Coping é a resposta psicológica aos acontecimentos percebidos como excedendo ou que põem à prova os recursos individuais. Neste sentido stress é a

condição resultante da discrepância entre as exigências da situação e os recursos do indivíduo (Santos & Castro, 1998). Os acontecimentos ou exigências do meio são considerados os stressores ou agentes de stress e constituem as circunstâncias que "percebemos e sentimos como ameaçadores ou perigosos e que por esse motivo provocam sentimentos e situações de tensão" (Santos & Castro, 1998).

Resultando de uma interacção entre o indivíduo e o meio, o stress não constitui em si uma característica do meio ou uma característica do sujeito. Os sujeitos diferem no tipo de reacção ao mesmo agente de stress. As pessoas reagem aos agentes de stress utilizando estratégias comportamentais, cognitivas e emocionais, daí que o mesmo acontecimento possa afectar cada pessoa de diferentes maneiras. Um acontecimento particularmente stressante para uma pessoa pode ter pouco ou nenhum impacto para outra, e o impacto para a mesma pessoa pode ser diferente em momentos diferentes (Santos & Castro, 1998). Como refere Martin (2001), "O stress, tal como a beleza, está em parte na mente do sujeito".

É neste contexto que surge o comportamento de *emotional eating*. Esta é a forma que muitos encontram para lidar com sentimentos negativos tais como a depressão, a solidão, o stress, entre outros (Woolfolk, et al., undated).

O comportamento de *emotional eating* corresponde assim ao acto de consumo de alimentos em resposta a emoções, nomeadamente emoções negativas, independentemente de fisiologicamente se ter fome. Como tal, conhecer o que leva os indivíduos a refugiarem-se na comida perante acontecimentos de vida "stressantes", será a chave para a prevenção dos padrões de alimentação emotivos (Woolfolk, et al., undated).

No mecanismo de *emotional eating*, a comida funciona como um factor de compensação que irá acalmar os sentimentos de vazio, stress e ansiedade, no contexto da baixa auto-estima e dificuldades interpessoais.

A ingestão compulsiva é uma forma de conforto alimentar na qual o indivíduo perde o controlo sobre a sua dieta alimentar. Isto processa-se através de um ciclo vicioso onde o stress, a ansiedade e a baixa-auto-estima conduzem a esforços insustentáveis para restringir a alimentação, que por sua vez leva à ingestão compulsiva. Este comportamento pode conduzir a excesso de peso e obesidade, o que gera ou agrava outros tantos problemas psicológicos (Woolfolk, et al., undated).

Woolfolk, et al. (undated) sugerem que o *emotional eating* não afecta os sujeitos apenas psicologicamente, mas pode afectar também a saúde física uma vez que muitas

utilizam alimentos altamente calóricos, ricos em gorduras, sal e calorias, para se reconfortarem.

Segundo estes autores, uma forma simples de evitar o *emotional eating* é reduzir a causa e a quantidade de stress.

Deste modo, podemos inferir que o stress é uma perturbação comum nos sujeitos, que poderá estar associada ao desenvolvimento de comportamentos de risco para a saúde, bem como perturbações do comportamento alimentar.

Stress e Comportamento Alimentar

A relação entre o stress e o comportamento alimentar é complexa e os resultados da investigação neste domínio são usualmente contraditórios. Alguns estudos têm sugerido que o stress está associado a uma diminuição dos alimentos ingeridos (Stone & Brownell, 1994).

Todavia, outros estudos referem um aumento da quantidade de alimentos ingerida em momentos de stress, nomeadamente em indivíduos obesos (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2008).

A investigação sugere, ainda, que os períodos de maior sobrecarga de trabalho estão associados a um maior consumo de energia, gorduras saturadas e de açúcar (Ogden, 2003). Ogden (2003) considera ainda que, por vezes, o stress diminui a quantidade de alimentos ingerida, enquanto outras vezes pode aumentá-la. Esta relação contraditória tem vindo a ser designada, na literatura, como o “paradoxo stress/ingestão” (Stone & Brownell, 1994 in Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2008).

Spillman (1990) considera que o stress estimula a utilização da ingestão alimentar como estratégia de *coping*.

De acordo com Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2008), os indivíduos que apresentam perturbação de ingestão compulsiva também revelam níveis de stress superiores aos dos indivíduos que não apresentam este diagnóstico, assim como maior humor negativo e menor humor positivo, sendo que quer o humor, quer o stress parecem anteceder o comportamento de ingestão (Wolff, Crosby, Roberts, & Wittrock, 2000).

A investigação sugere a existência de diferenças entre os dois sexos no que diz respeito ao comportamento alimentar como resposta ao stress. Por exemplo, Ogden (2003) reviu vários estudos em que os autores constataram que o stress relacionado com os exames está associado a um aumento da quantidade de alimentos ingeridos nas

raparigas, mas não nos rapazes. Por sua vez, Stone e Brownell (1994) desenvolveram um estudo longitudinal que lhes permitiu constatar que é mais provável os homens sob stress tenderem a comer menos do que tenderem a ingerir maior quantidade de alimentos. Estes autores verificaram, ainda, que as mulheres sob níveis de stress extremamente elevados, também tendem a comer menos (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2008). No entanto, existem estudos que não encontraram quaisquer diferenças significativas quanto à relação stress e comportamento alimentar entre os dois sexos (Ogden, 2003).

Alguns autores têm analisado os aspectos fisiológicos que poderão mediar esta relação entre níveis de stress e ingestão de alimentos. Um dos aspectos que tem sido valorizado prende-se com os níveis de cortisol – após uma situação de stress experimentalmente induzida, aumentam os níveis de cortisol, que, por sua vez, revelam estar associados a uma maior ingestão alimentar (Björntorp, 1995; Chrousos, 2000; Epel, Lapidus, McEwen, & Brownell, 2001; Peeke & Chrousos, 1995). As situações de stress podem levar a uma maior libertação de cortisol. De acordo com Carmo (2002), uma resposta exagerada de cortisol provoca deposição de gordura, sobretudo no abdómen (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2008).

Segundo Torres e Nowson (2007) a influência do stress no comportamento alimentar foi observado em estudos com humanos e animais. O stress parece alterar globalmente a ingestão de alimentos de duas formas, por defeito ou excesso, que podem ser influenciados pela gravidade do elemento causador de stress. Stress crónico da vida quotidiana parece estar associado com uma maior preferência por alimentos ricos em nutrientes energéticos, nomeadamente aqueles que são ricos em açúcar e gordura. Evidências de estudos longitudinais sugerem que o stress crónico pode ser ligado ao ganho de peso, sendo que esta relação foi mais frequentemente observada em homens. A ingestão de alimentos induzida pelo stress pode ser um factor que contribui para o desenvolvimento da obesidade (Torres & Nowson, 2007).

Esta investigação tem, então, como objectivo debruçar-se sobre a relação entre o stress e o comportamento alimentar em obesos, antes e após a cirurgia bariátrica.

ANEXO B – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS – 21)

EADS-21

Nome _____ Data ____/____/____

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

A classificação é a seguinte:

0- não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

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

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO

ANEXO C - Inventário de Perturbações Alimentares (EDI)

Inventário de Perturbações Alimentares

EDI

Nome _____

Idade _____

Sexo _____

Data _____

Esta escala quantifica as várias atitudes, reacções e comportamentos. Alguns dos pontos estão relacionados com a comida e alimentação. Outros interrogam-no sobre a sua atitude em relação a si próprio. Não há respostas certas ou erradas; tente ser totalmente honesto nas suas respostas. Leia cada pergunta e coloque uma cruz (X) na coluna respectiva. Por favor responda a cada uma das perguntas.

Assinale a sua resposta, fazendo uma cruz em cima do número em frente a cada uma das afirmações:

	Sempre	Normalmente	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
1 Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervoso						
2 Acho que o meu estômago é grande demais						
3 Desejava poder voltar à segurança da infância						
4 Como quando estou preocupado						
5 Empanturo-me de comida						
6 Gostava de ser mais novo						
7 Penso em fazer dieta						
8 Sinto-me assustado quando os meus sentimentos são muito						

intensos						
9 Acho as minhas coxas muito gordas						
10 Sinto-me inútil como pessoa						
11 Sinto-me extremamente culpado depois de comer demais						
12 Acho que o meu estômago tem o tamanho exacto						
13 Apenas realizações brilhantes são aceites na minha família						
14 A época mais feliz da vida é a infância						
15 Falo abertamente dos meus sentimentos						
16 Fico aterrorizado com a ideia de ganhar peso						
17 Confio nos outros						
18 Sinto-me sozinho no mundo						
19 Gosto da forma do meu corpo						
20 Geralmente sinto que controlo a minha vida						
21 Fico confuso acerca da emoção que estou a sentir						
22 Preferia ser adulto a ser criança						
23 Comunico facilmente com os outros						
24 Desejava ser outra pessoa						
25 Exagero a importância do peso						
26 Facilmente identifico o que sinto						
27 Sinto-me inadequado						
28 Tenho episódios de ingestão compulsiva e sinto que não consigo parar						
29 Quando criança esforçava-me por não desapontar os meus pais e professores						
30 Tenho relacionamentos próximos						
31 Gosto da forma das minhas nádegas						
32 Estou preocupado com o desejo de ser mais magro						
33 Não sei o que se passa dentro de mim						
34 Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros						
35 As exigências da vida adulta são demasiadas						

Assinale a sua resposta, fazendo uma cruz em cima do número em frente a cada uma das afirmações:

	Sempre	Normalmente	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
36 Detesto não ser o melhor						
37 Tenho confiança em mim						

38	Penso em empanturrar-me com comida						
39	Sinto-me contente por já não ser uma criança						
40	Fico confuso em saber se tenho fome ou não						
41	Tenho fraca opinião a meu respeito						
42	Sinto-me capaz de atingir os objectivos que tracei por mim próprio						
43	Os meus pais têm esperado o máximo de mim						
44	Preocupa-me que os meus sentimentos fiquem fora do meu controlo						
45	Penso que as minhas ancas são muito largas						
46	Como moderadamente em frente aos outros e empanturro-me quando se vão embora						
47	Sinto-me enfartado depois de comer uma refeição normal						
48	Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças						
49	Se aumento 1 kg preocupa-me continuar a aumentar de peso						
50	Sinto que sou uma pessoa capaz						
51	Quando estou aborrecido, não sei se estou triste, assustado ou zangado						
52	Se não faço as coisas na perfeição, prefiro não as fazer						
53	Já pensei em tentar vomitar para perder peso						
54	Preciso de manter as pessoas a uma certa distancia (sinto-me mal quando se tentam aproximar demasiado)						
55	Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo						
56	Sinto-me vazio por dentro (emocionalmente)						
57	Consigo falar dos meus sentimentos ou pensamentos pessoais						
58	Os melhores anos da nossa vida são quando nos tornamos adultos						
59	Acho as minhas nádegas grandes demais						
60	Tenho sentimentos que não consigo identificar						
61	Como ou bebo às escondidas						
62	Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo						
63	Tenho objectivos muito elevados						
64	Quando ando aborrecido, receio começar a comer						

ANEXO D – Questionário sócio-demográfico

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Género: F M Idade: _____

Estado Civil: Casado(a) Solteiro(a) Viúvo(a) Separado(a) Divorciado(a) Outros

Grau de escolaridade _____

Início da obesidade: infância adulto gestação outros

Peso inicial: _____ Peso Actual: _____ Altura: _____ IMC: _____

Uso de medicação: Não Sim , qual? _____

Hábitos de vida:

Actividade física: Não Sim

Actividade sexual Não Sim

Já passou por tratamento psicológico? Não Sim

Já passou por tratamento psiquiátrico? Não Sim

Já foi submetido(a) a cirurgia bariátrica? Não Sim , há quanto tempo?

ANEXO E - Carta de consentimento informado

Exmo(a). Sr(a).

Gostaria de solicitar autorização para que participasse numa investigação sobre Stress e Comportamento Alimentar.

Esta investigação decorre no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior de Psicologia Aplicada e tem como objectivo avaliar os níveis de stress e o comportamento alimentar em obesos, antes e após a cirurgia bariátrica.

Ser-lhe-à pedido que responda a 3 questionários, que posteriormente irão ser cotados e alvo de análise estatística.

Poderá desistir a qualquer momento.

Toda a informação é estritamente confidencial e os questionários são anónimos. Só os responsáveis pela investigação terão acesso à informação.

Para eventuais dúvidas contacte: sfigueira4@gmail.com

Autorizo a participação neste estudo

Assinatura: _____

Obrigada.

ANEXO F

Outputs – EADS –21 (Dimensão Stress)

Tests of Normality

	Cirurgia _Bariatrica	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EADS_Stress	Sim	,159	15	,200*	,934	15	,316
	Não	,156	15	,200*	,915	15	,159

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variances

EADS_Stress

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,994	1	28	,055

		t-test for Equality of Means				
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
EADS_Stress	Equal variances assumed	-2,828	28	,009	-,54286	,19193

		t-test for Equality of Means				
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
EADS_Stress	Equal variances assumed	-2,828	28	,009	-,54286	,19193
	Equal variances not assumed	-2,828	22,867	,010	-,54286	,19193

ANEXO G

Outputs – EDI

Tests of Normality

	Cirurgia _Bariatrica	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Impulso_Emagrecer	Sim	,197	15	,123	,915	15	,163
	Não	,172	15	,200*	,933	15	,303
Bulimia	Sim	,237	15	,023	,835	15	,111
	Não	,125	15	,200*	,969	15	,842
Insatisfação_Corporal	Sim	,155	15	,200*	,932	15	,291
	Não	,205	15	,090	,928	15	,258
Ineficácia	Sim	,260	15	,007	,764	15	,051
	Não	,201	15	,103	,947	15	,485
Perfeccionismo	Sim	,227	15	,036	,900	15	,094
	Não	,287	15	,002	,792	15	,063
Desconfiança_interpessoal	Sim	,199	15	,114	,870	15	,074
	Não	,189	15	,157	,953	15	,580
Consciência_Interoceptiva	Sim	,237	15	,023	,902	15	,101
	Não	,193	15	,138	,913	15	,150
Medos_Maturidade	Sim	,243	15	,017	,873	15	,038
	Não	,206	15	,087	,837	15	,011

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Impulso_Emagrecer	6,420	1	28	,117
Bulimia	1,954	1	28	,173
Insatisfação_Corporal	,549	1	28	,465

Ineficácia	,450	1	28	,508
Perfeccionismo	,019	1	28	,890
Desconfiança_interpessoal	1,091	1	28	,305
Consciência_Interceptiva	,082	1	28	,777
Medos_Maturidade	1,296	1	28	,265

		t-test for Equality of Means				
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Deviation
Impulso_Emagrecer	Equal variances assumed	-1,532	28	,137	-,31429	
	Equal variances not assumed	-1,532	20,481	,141	-,31429	
Bulimia	Equal variances assumed	-4,533	28	,000	-,63810	
	Equal variances not assumed	-4,533	25,344	,000	-,63810	
Insatisfação_Corporal	Equal variances assumed	-2,414	28	,023	-,71111	
	Equal variances not assumed	-2,414	27,507	,023	-,71111	
Ineficácia	Equal variances assumed	-1,252	28	,221	-,26000	
	Equal variances not assumed	-1,252	24,322	,223	-,26000	
Perfeccionismo	Equal variances assumed	,891	28	,380	,18889	
	Equal variances not assumed	,891	27,959	,381	,18889	
Desconfiança_interpessoal	Equal variances assumed	-,789	28	,437	-,11429	
	Equal variances not assumed	-,789	27,469	,437	-,11429	
Consciência_Interceptiva	Equal variances assumed	-,648	28	,522	-,10000	
	Equal variances not assumed	-,648	26,881	,522	-,10000	

Teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney

Test Statistics^b

	Medos_Maturidade
Z	-1,073
Asymp. Sig. (2-tailed)	,283
Exact Sig. (2-tailed)	,292
Exact Sig. (1-tailed)	,146
Point Probability	,005

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Cirurgia_Bariatrica

ANEXO H

Output – EADS-21 (Dimensão Stress vs 8 sub-escalas EDI) – Sujeito sem cirurgia bariátrica

		EADS_Stress
Impulso_Emagrecer	Pearson Correlation	,116
	Sig. (2-tailed)	,682
	N	15
Bulimia	Pearson Correlation	,266
	Sig. (2-tailed)	,338
	N	15
Insatisfação_Corporal	Pearson Correlation	-,033
	Sig. (2-tailed)	,908
	N	15
Ineficácia	Pearson Correlation	,153
	Sig. (2-tailed)	,586
	N	15
Perfeccionismo	Pearson Correlation	-,170
	Sig. (2-tailed)	,545
	N	15
Desconfiança_interpessoal	Pearson Correlation	-,192
	Sig. (2-tailed)	,493
	N	15
Consciência_Interceptiva	Pearson Correlation	,186
	Sig. (2-tailed)	,508
	N	15
Medos_Maturidade	Pearson Correlation	-,014
	Sig. (2-tailed)	,959
	N	15

ANEXO I

Output – EADS-21 (Dimensão Stress vs 8 sub-escalas EDI) – Sujeito com cirurgia bariátrica

		EADS_Stress
Impulso_Emagrecer	Pearson Correlation	,647**
	Sig. (2-tailed)	,009
	N	15
Bulimia	Pearson Correlation	,464
	Sig. (2-tailed)	,082
	N	15
Insatisfação_Corporal	Pearson Correlation	,465
	Sig. (2-tailed)	,081
	N	15
Ineficácia	Pearson Correlation	,362
	Sig. (2-tailed)	,185
	N	15
Perfeccionismo	Pearson Correlation	-,059
	Sig. (2-tailed)	,836
	N	15
Desconfiança_interpessoal	Pearson Correlation	-,139
	Sig. (2-tailed)	,623
	N	15
Consciência_Interceptiva	Pearson Correlation	,443
	Sig. (2-tailed)	,098
	N	15
Medos_Maturidade	Pearson Correlation	,642**
	Sig. (2-tailed)	,010
	N	15

ANEXO J

Outputs - Consistência Interna EADS-21 (Dimensão Stress) e EDI

EADS-21 - Stress

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,857	7

EDI

Impulso_Emagrecer

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,710	7

Bulimia

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,839	7

Insatisfação_Corporal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,898	9

Ineficácia

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,901	10

Perfeccionismo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
------------------	------------

Desconfiança_interpessoal

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,732	7

Consciência_Interoceptiva

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,757	10

Medos_Maturidade

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,803	7