



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

SEXUALIDADE, VINCULAÇÃO,
EMOÇÕES E COMPORTAMENTO ALIMENTAR
NA OBESIDADE

SARA JOANA SANTOS VIVEIROS

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ANA ROSA VELEZ TAPADINHAS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ANA ROSA VELEZ TAPADINHAS

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Ana Rosa Velez Tapadinhas, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Aos participantes do estudo, que de forma direta e indireta contribuíram para a realização desta investigação.

À Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas, um especial agradecimento pelo apoio, pela compreensão, pela clareza e carácter prático com que transmitiu todos os conhecimentos e orientação prestada.

Aos meus pais pelo apoio incondicional durante este percurso académico, obrigada pelo amor, pela segurança e força em todos os momentos.

Ao meu irmão, o meu pequeno, grande amor.

Ao João, pelo amor, pela compreensão, pela motivação, pelo carinho e companheirismo em todos os momentos.

À Suzi pela força, motivação, compreensão e confiança nos momentos certos.

Às minhas amigas, Carla e Luísa, que estiveram sempre quando precisei, obrigada pela vossa presença, disponibilidade e acima de tudo, obrigada pela vossa amizade.

Às minhas queridas colegas Filomena, Filipa, Carla, Cátia, Marisa e Vânia pela motivação, partilha de desabafos, amizade e por enriquecerem qualitativamente o meu percurso académico.

Obrigado a todos e a cada um individualmente os que não foram mencionados mas que durante esta aventura contribuíram para o meu crescimento académico, pessoal e profissional.

Índice

Artigo Empírico	
Introdução	1
Método	1
Participantes	1
Caracterização da amostra	2
Material	2
Questionário Sociodemográfico e Clínico	2
Eating Attitudes Test (EAT-26)	2
Escala de ansiedade, depressão e stresse (EADS-21)	3
New Sexual Satisfaction Scale (NSSS)	3
Questionário de Experiências em Relações Próximas – Revisto (ECR-R)	4
Procedimento	4
Resultados	5
Discussão	10
Conclusão	15
Referências	16
Anexos	21
Anexo A – Artigo Teórico	
Anexo B – Caracterização da amostra	
Anexo C – Questionário Sociodemográfico e Clínico	
Anexo D – EAT-26 (Versão portuguesa de Tapadinhas, A., 2011)	
Anexo E – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)	
Anexo F – Escala de Satisfação Sexual (Refoios, S., & Tapadinhas, A., 2010)	
Anexo G – Questionário de Experiências em Relações Próximas – Revisto (ECR-R)	
Anexo H – Valores de consistência interna dos instrumentos EAT-26, EADS-21, NSSS e ECR-R	
Anexo I – Folha do consentimento informado	
Anexo J – Resultados da estatística	



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

SEXUALIDADE, VINCULAÇÃO,
EMOÇÕES E COMPORTAMENTO ALIMENTAR
NA OBESIDADE

SARA JOANA SANTOS VIVEIROS

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ANA ROSA VELEZ TAPADINHAS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ANA ROSA VELEZ TAPADINHAS

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Resumo

Problema: A obesidade é uma doença crónica com aumento exponencial em todo o mundo, detém elevados custos sociais e implicação em múltiplos contextos e dimensões inerentes à qualidade humana, como a sexualidade. Mostra-se pertinente aprofundar o conhecimento da relação entre a obesidade e a sexualidade integrando variáveis psicoemocionais e afetivas transversais ao ser humano, bem como a resposta de ingestão alimentar dos obesos. **Objetivo:** Procurou-se estudar a relação entre os aspetos psicoemocionais, o comportamento alimentar, os estilos de vinculação e a satisfação sexual em indivíduos obesos. **Método:** A amostra de 338 indivíduos, agrupada segundo o IMC, respondeu a um Questionário Sociodemográfico e Clínico, ao EAT-26, ao EADS-21, à NSSS e ao ECR-R. **Resultados e Conclusão:** Constatou-se uma marcada dificuldade dos obesos em vivenciarem a sua sexualidade, no que respeita à satisfação sexual, independentemente dos estilos de vinculação ou alterações psicoemocionais.

PALAVRAS-CHAVE

Obesidade – Sexualidade – Vinculação – Variáveis Psicoemocionais – Comportamento Alimentar

Abstract

Problem: Obesity is a chronic disease that has been increasing exponentially throughout the world, it has high social costs and implications in multiple contexts and dimensions inherent to human nature, such as sexuality. It is relevant to deepen the knowledge of the relationship between obesity and sexuality integrating affective and psycho-emotional variables transversal to humans, as well as the response to food intake of the obese. **Objective:** We sought to study the relationship among psycho-emotional aspects, eating behavior, attachment styles and sexual satisfaction in obese individuals. **Methods:** A sample of 338 individuals grouped according to BMI answered a Clinical and Socio-demographic questionnaire, the EAT-26, the EADS-21, the NSSS and the ECR-R. **Results and Conclusion:** Regardless of attachment styles or psycho-emotional alterations, it was found that there is an evident difficulty of experiencing sexual satisfaction among obese patients.

KEYWORDS

Obesity - Sexuality - Attachment - Psycho-emotional variables – Eating Behavior

Introdução

A obesidade é uma doença crónica com aumento mundial exponencial (Bersh, 2006), manifesta múltiplas comorbilidades (Rebelo & Leal, 2007; Haslam & James, 2005) e associa-se a um maior risco de mortalidade (WHO, 2011) e discriminação social (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005). No âmbito das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), associadas à obesidade (Vidal & García-Mayor, 2009) a Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC) destaca-se como ato compensatório exibido pelos doentes obesos face às dificuldades emocionais e relacionais (Rebelo & Leal, 2007; Santamaría, Vázquez, Caballero & Rodríguez, 2009). A literatura defende uma relação entre as PCA e a sexualidade (Lemos, 2005) sugerindo a substituição do prazer sexual pelo prazer obtido pela ingestão alimentar (Ribeiro, 2008). Aspeto agravado pelos padrões sociais de beleza que atribuem sinais de atração e desejo ao corpo magro (Bernardi et al., 2005; Dunker & Philippi, 2003). Outros autores assinalam a relação entre os estilos de vinculação insegura e as PCA (Wilkinson, Rowe, Bishop & Brunstrom, 2010; Zachrisson & Skårderud, 2010; Tasca et al., 2009).

As variáveis ansiedade, depressão e stresse aparecem associadas à obesidade (Garipey, Nitka & Schmitz, 2010; Tosoletto & Júnior, 2008; Scott et al., 2008; Hunte & Williams, 2009) aos estilos de vinculação insegura (Cooper, Shaver & Collins, 1998; Surcinelli, Rossi, Montebanocci & Baldaro, 2010) e a menores níveis de satisfação sexual (Castellini et al., 2010). Por sua vez, os estilos de vinculação parecem influenciar a resposta de comportamento alimentar (Sharpe et al., 1998; Troisi, Massaroni & Cuzzolaro, 2005; Ringer & Crittenden, 2007; Wilkinson et al., 2010) contribuindo o estilo ansioso e evitante para uma pior satisfação sexual (Butzer & Campbell, 2008). A satisfação sexual, componente importante do comportamento sexual interpessoal (Riley, 1997) é influenciada por aspetos biológicos e psicológicos (Dundon & Rellini, 2010). Diversos autores destacam as dificuldades sexuais e relacionais bem como a insatisfação sexual nos doentes obesos (Tapadinhas & Refoios, 2012; Araújo, Brito, Ferreira, Petribú & Mariano, 2009; Kolotkin, Binks, Crosby, Ostbye, Gress & Adams, 2006) outros porém refutam estes dados (Kadioglu, Yetkin, Sanli, Yalin, Onem & Kadioglu, 2010). Contudo continuamos a assistir ao aumento da obesidade e de disfunções sexuais nos obesos, reforçando-se a importância de novas investigações que explorem as vivências sexuais desta população (Araújo et al., 2009).

Método

Participantes: A amostra contém 338 indivíduos 74,3% do género feminino (Anexo B₁). As idades variam dos 18 aos 65, com uma média de 31,0 anos ($dp=10,5$ anos) (Anexo B₂). As alturas variam entre 1,44m e 1,96m, com uma média de 1,66m ($dp= 0,08m$) e o peso varia entre os 44kg e os 172,2kg, com uma média de 77,3kg ($dp= 22,3kg$) (Anexo B₃).

Caracterização da amostra: Utilizou-se um método de seleção *não probabilístico*, constituindo-se uma *amostra por conveniência*, dado solicitar-se a colaboração no preenchimento dos questionários. A escolha deveu-se ao tempo disponível na recolha e tratamento de dados. A amostra é uma “amostra bola de neve” pois um grupo de pessoas preencheu inicialmente o protocolo, sendo pedido que recolhessem junto de outras (Pais-Ribeiro, 1999). A maioria dos participantes eram de Lisboa (25,4%) e Porto (17,5%) (Anexo B₄). Quanto ao estado civil 60,1% eram solteiros, dos quais 16,3% sem parceiro sexual e 43,8% com parceiro sexual, os casados representaram 34,0% do total (Anexo B₅). Formaram-se quatro grupos de acordo com o IMC. Os indivíduos com baixo peso constituíram o Grupo I representando 10,1% da amostra, com peso normal (Grupo II) 36,7%, excesso de peso e obesidade grau I (Grupo III) 35,5% e com obesidade grau II e III (Grupo IV) 17,8% da amostra (Anexo B₆). Os dados sociodemográficos indicaram que 13,9% dos indivíduos ($n=47$) foram submetidos a cirurgia bariátrica (Anexo B₇). Este é um estudo exploratório de carácter transversal pois a amostra foi sujeita apenas a um momento avaliativo (Pais-Ribeiro, 1999).

Material:

- **Questionário sociodemográfico e clínico** com informações relativas ao género, idade, localidade, estado civil, altura e peso, realização de cirurgia bariátrica (Anexo C);
- **Eating Attitudes Test (EAT)** ou Escala de Atitudes na Ingestão Alimentar desenvolvida por Garner e Garfinkel em 1979 (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). No estudo utilizou-se a tradução portuguesa de Tapadinhas (2011) (Anexo D). A escala é constituída por 26 itens (EAT-26) que procuram avaliar a presença ou não de perturbação alimentar, com ponto de corte 21. Divide-se em três fatores: fator I “Subescala da dieta” (13 itens) refere-se à recusa patológica de alimentos com elevado valor calórico e preocupação em relação à forma física; fator II “Subescala de bulimia e preocupação com a comida” (6 itens) avalia episódios bulímicos, isto é ingestão compulsiva seguida de indução de vômito ou atos que evitam ganhar peso; fator III “Subescala do controlo oral” (7 itens) avalia o autocontrolo

sobre a seleção e o padrão alimentar associado à pressão social para ingestão de alimentos e ganho de peso (op. cit.). Os valores médios obtidos, comparados com os auferidos por Garner et al. (1982) numa amostra de mulheres sem PCA são semelhantes (Anexo D₁).

A consistência interna avaliada através do coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach* pelos autores da escala original indicam boa fiabilidade na subescala de controlo oral (0,83), na subescala de bulimia e preocupação com a comida (0,84) na subescala da dieta (0,90) e no EAT-26 medida total (0,90). Neste estudo os resultados do *Alfa de Cronbach* indicam valores de fiabilidade aceitáveis para a subescala de bulimia e preocupação com a comida (0,64, fraco mas aceitável), subescala de controlo oral (0,64, fraco mas aceitável), subescala da dieta (0,76, aceitável) e EAT-26 medida total (0,81, boa fiabilidade) (Anexo H).

- **Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)** adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) da escala de 21 itens de Lovibond e Lovibond (1995). Organiza-se em três subescalas: *depressão*, *ansiedade* e *stresse* de 7 itens (Pais-Ribeiro et al., 2004) (Anexo E). A primeira indica a perda de autoestima e motivação, associada à perceção de incapacidade do próprio em alcançar objetivos de vida importantes; a segunda relaciona os estados persistentes de ansiedade com respostas de medo; a terceira aponta para baixos níveis de resistência à frustração, realçando os estados de excitação e tensão permanentes (Lovibond & Lovibond, 1995, cit. por Pais-Ribeiro et al., 2004). O *score* da escala resulta da soma dos sete itens, obtendo-se três notas com mínimo “0” e máximo “21” (Pais-Ribeiro et al., 2004). Quanto maior o resultado da subescala mais negativo o estado afetivo (op. cit.). Os valores de estatística descritiva podem ser consultados em anexo (Anexo E₁). A consistência interna da escala original obtida com o *Alfa de Cronbach* indica boa fiabilidade na escala de ansiedade (0,74), stresse (0,81) e depressão (0,85). Neste estudo a consistência interna dada pelo *Alfa de Cronbach* assegura boa fiabilidade para a escala de ansiedade (0,83) stresse (0,89) e depressão (0,90) (Anexo H).

- **New Sexual Satisfaction Scale (NSSS)** proposta por Štulhofer, Buško e Brouillard (2010). No estudo utilizou-se a versão portuguesa de Refoios e Tapadinhas (2011) “Escala de Satisfação Sexual” (Anexo F). Na análise utilizou-se a validação para a população portuguesa de Refoios, Fuertes e Báz (en press, 2012) retirando-se os itens 9 e 1. A escala permite obter uma dimensão de satisfação sexual egocentrada e outra de satisfação sexual centrada no parceiro e na atividade sexual. A primeira remete à satisfação sexual do próprio, obtida com as experiências e sensações pessoais (Štulhofer et al., 2010). A segunda descreve a satisfação sexual obtida com os comportamentos sexuais do parceiro, frequência e diversidade das atividades sexuais (op. cit.). Os valores de estatística descritiva podem ser observados em

anexo (Anexo F₁). Os valores da amostra comparados com os obtidos por Štulhofer et al. (2010) numa amostra de indivíduos dos Estados Unidos são semelhantes (Anexo F₁).

A validação de Refoios et al. (2012) indica boa consistência interna analisada pelo *Alfa de Cronbach* na escala de satisfação sexual egocentrada (0,98), satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual (0,97) e satisfação sexual global dada pelo somatório dos itens (0,95). A fiabilidade dos itens revelou para satisfação sexual egocentrada (0,90), para a satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual (0,96) e satisfação sexual global (0,94) (op. cit.). Para a fiabilidade dos sujeitos os resultados foram iguais em ambas as dimensões (0,91) e na satisfação sexual total (0,92) (op. cit.). Também a consistência interna deste estudo analisada pelo *Alfa de Cronbach* indica alta fiabilidade na dimensão de satisfação sexual egocentrada (0,93), satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual (0,92) e satisfação sexual global (0,94) (Anexo H).

- **Questionário de Experiências em Relações Próximas – Revisto (ECR – R)**, versão portuguesa de Refoios e Tapadinhas (2010) (Anexo G). O instrumento foi proposto por Brennan, Clark e Shaver (1998) denominando-se *Experiences in Close Relationships* (ECR). Mais tarde Fraley, Waller e Brennan (2000) realizaram uma análise confirmatória do ECR designando-o *Experiences in Close Relationships – Revised* (ECR–R). Permite aceder a duas dimensões da vinculação insegura no adulto: ansiedade e evitamento. Os valores da estatística descritiva encontram-se em anexo (Anexo G₁). Os valores de consistência interna do estudo original do ECR-R mostram boa fiabilidade para o estilo de vinculação ansioso (0,91) e evitante (0,93). Neste estudo os valores de consistência interna obtidos com o *Alfa de Cronbach* asseguram também boa fiabilidade para o estilo de vinculação ansioso (0,91) e evitante (0,90) (Anexo H).

Procedimento: O estudo fez parte de um protocolo alargado desenvolvido para investigar a temática da obesidade. Além dos objetivos expostos, esta investigação contribui para a validação dos instrumentos realizada *à posteriori*. O protocolo foi colocado *online* garantindo-se a confidencialidade dos dados. Pediu-se a colaboração de indivíduos da população normativa e obesos candidatos a cirurgia bariátrica no contexto hospitalar, garantindo-se o consentimento informado (Anexo I). Foi concedida autorização para recolha dos dados das autoridades do hospital em causa. Para garantir a confidencialidade foram entregues envelopes com os protocolos em papel. Informaram-se as condições de inclusão no estudo: idades entre os 18 e os 65, nacionalidade portuguesa e ter experienciado atividade sexual. Os questionários preenchidos *online* eram reenviados para a base de dados do estudo.

Os de papel eram selados no envelope e devolvidos ao investigador. Após a recolha os dados foram compilados numa base de dados e submetidos a tratamento estatístico.

Na resposta às questões de investigação utilizou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância (α) $\leq 0,05$. Nas questões de investigação 1 a 5 usou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. Na sexta questão de investigação foi usado o teste Anova One-way, pois comparou-se quatro amostras independentes e as variáveis dependentes são de tipo quantitativo. Os pressupostos deste teste, o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nos casos em que a homogeneidade de variâncias não se verificou utilizou-se a Anova com correção de Welch. Nas situações em que as amostras tinham dimensão superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0 para Windows.

Resultados

Questão de investigação 1: Será que existe uma relação entre os estilos de vinculação e o comportamento alimentar?

Para responder utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* em cada um dos grupos. No Grupo I e Grupo II os resultados indicam que não existem correlações significativas entre os estilos de vinculação e o comportamento alimentar (Anexo J₁ e Anexo J₂ respetivamente). No Grupo III constata-se que o estilo de vinculação ansioso relaciona-se com as perturbações alimentares ao nível do EAT-26 medida total, Subescala da dieta e Subescala de bulimia e preocupação com a comida, comparativamente ao estilo de vinculação evitante, no qual não se encontraram relações significativas entre o estilo de vinculação e a presença de perturbação alimentar, podendo ser observado no quadro seguinte (Quadro 1).

Quadro 1: Valores de correlação entre o EAT-26 e o ECR-R para o Grupo III

EAT-26	ECR-R			
	Estilo de vinculação ansioso		Estilo de vinculação evitante	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EAT-26 medida total	0,21*	0,01	-0,03	0,73
Subescala da dieta	0,19*	0,03	-0,04	0,62
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	0,22*	0,01	-0,00	0,92
Subescala do controlo oral	0,09	0,29	0,00	0,99

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0,05 (bilateral)

De acordo com o Quadro 1 o coeficiente de correlação entre os valores do EAT-26 medida total e da Subescala de bulimia e preocupação com a comida e os valores do estilo de vinculação ansioso são estatisticamente significativos, positivos e fracos ($r_p = 0,21$; $r_p = 0,22$,

respetivamente). O coeficiente de correlação entre a Subescala da dieta e o estilo de vinculação ansioso é estatisticamente significativo, positivo e muito fraco ($r_p = 0,19$). Os resultados do Grupo IV mostram que o estilo de vinculação ansioso relaciona-se com a Subescala de bulimia e preocupação com a comida, sendo o coeficiente de correlação estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r_p = 0,36$) (Anexo J₃).

Questão de investigação 2: Será que existe uma relação entre o comportamento alimentar e a satisfação sexual?

Utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* para cada um dos grupos. Não existem correlações significativas entre o comportamento alimentar e a satisfação sexual nos Grupos I, III e IV, conforme se observa em anexo (Anexo J₄, J₅ e J₆ respetivamente). No Grupo II, verificou-se que a subescala da dieta relaciona-se com a subescala de satisfação sexual egocentrada sendo o coeficiente de correlação entre os valores destas subescalas estatisticamente significativo, negativo e muito fraco ($r_p = -0,18$) (Anexo J₇).

Questão de investigação 3: Será que existe uma relação entre os aspetos psicoemocionais e os estilos de vinculação nos obesos?

Utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* para os Grupos III e IV. No Grupo III os resultados indicam que o estilo de vinculação ansioso relaciona-se com os aspetos psicoemocionais estudados, o estilo de vinculação evitante correlaciona-se com a depressão e a ansiedade, como se constata no quadro seguinte (Quadro 2).

Quadro 2: Valores de correlação entre o ECR-R e o EADS-21 para o Grupo III

EADS-21	ECR-R			
	Estilo de vinculação ansioso		Estilo de vinculação evitante	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Depressão	0,56**	0,00	0,31**	0,00
Ansiedade	0,44**	0,00	0,30**	0,00
Stresse	0,39**	0,00	0,15	0,08

** Correlação significativa para um nível de significância de 0,01 (bilateral)

De acordo com o Quadro 2 os coeficientes de correlação entre o estilo de vinculação ansioso e a depressão, bem como entre o estilo de vinculação ansioso e a ansiedade são estatisticamente significativos, positivos e moderados ($r_p = 0,56$; $r_p = 0,44$ respetivamente). O coeficiente de correlação entre o estilo de vinculação ansioso e o stresse é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r_p = 0,39$). Verificou-se também que os coeficientes de correlação entre o estilo de vinculação evitante e a depressão, bem como entre este e a ansiedade são estatisticamente significativos, positivos e fracos ($r_p = 0,31$; $r_p = 0,30$ respetivamente). Em relação ao Grupo IV, os resultados são concomitantes aos anteriores, tal como se pode observar no quadro seguinte (Quadro 3).

Quadro 3: Valores de correlação entre o EADS-21 e o ECR-R para o Grupo IV

EADS-21	ECR-R			
	Estilo de vinculação ansioso		Estilo de vinculação evitante	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Depressão	0,55**	0,00	0,29*	0,02
Ansiedade	0,37**	0,00	0,28*	0,02
Stresse	0,49**	0,00	0,20	0,11

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0,05 (bilateral)

**.. Correlação significativa para um nível de significância de 0,01 (bilateral)

O Quadro 3 indica que os coeficientes de correlação entre o estilo de vinculação ansioso e a depressão, bem como entre este e o stresse são estatisticamente significativos, positivos e moderados ($r_p = 0,55$; $r_p = 0,49$ respetivamente). O coeficiente de correlação entre o estilo de vinculação ansioso e a ansiedade é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r_p = 0,37$). Os coeficientes de correlação quer entre o estilo de vinculação evitante e a depressão quer com a ansiedade são estatisticamente significativos, positivos e fracos ($r_p = 0,29$; $r_p = 0,28$ respetivamente).

Questão de investigação 4: Será que existe uma relação entre os aspetos psicoemocionais e a satisfação sexual nos obesos?

Para responder utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, para o Grupo III e IV. No Grupo III, a ansiedade e o stresse relacionam-se negativamente com todos os aspetos da satisfação sexual estudados. A depressão relaciona-se negativamente com a satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual e satisfação sexual global. Podendo ser observados em anexo (Anexo J₈). O coeficiente de correlação entre a depressão e a satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual, bem como com a satisfação sexual global é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r_p = -0,29$; $r_p = -0,25$ respetivamente). Os coeficientes de correlação entre a ansiedade e a satisfação sexual egocentrada, satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual e satisfação sexual global, são estatisticamente significativos, negativos e fracos ($r_p = -0,24$; $r_p = -0,28$; $r_p = -0,28$ respetivamente). O coeficiente de correlação entre o stresse e a satisfação sexual egocentrada e satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual é estatisticamente significativo, negativo e muito fraco ($r_p = -0,18$; $r_p = -0,18$ respetivamente). O coeficiente de correlação entre o stresse e a satisfação sexual global é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r_p = -0,20$).

No Grupo IV só a ansiedade se relaciona negativamente com os aspetos da satisfação sexual, em anexo (Anexo J₉). O coeficiente de correlação entre a ansiedade e a satisfação sexual egocentrada, satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual e ainda satisfação sexual global é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r_p = -0,31$; $r_p = -0,28$; $r_p = -0,32$ respetivamente).

Questão de investigação 5: Será que existe uma relação entre os estilos de vinculação e a satisfação sexual nos obesos?

Utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, para os Grupos III e IV. Os resultados do Grupo III indicam que ambos os estilos de vinculação relacionam-se negativamente com as dimensões da satisfação sexual estudadas (Anexo J₁₀). O coeficiente de correlação entre o estilo de vinculação ansioso e a satisfação sexual egocentrada é estatisticamente significativo, negativo e muito fraco ($r_p = -0,19$). O coeficiente de correlação entre o estilo de vinculação ansioso e a satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual e satisfação sexual global é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r_p = -0,33$ e $r_p = -0,28$ respetivamente). O coeficiente de correlação entre o estilo de vinculação evitante e a satisfação sexual egocentrada, satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual, bem como, satisfação sexual global é estatisticamente significativo, negativo e moderado ($r_p = -0,50$; $r_p = -0,54$ e $r_p = -0,57$ respetivamente).

No Grupo IV o estilo de vinculação ansioso está relacionado negativamente com a satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual. O estilo de vinculação evitante correlaciona-se negativamente com as dimensões da satisfação sexual estudadas (Anexo J₁₁). O coeficiente de correlação entre o valor do estilo de vinculação ansioso e a satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r_p = -0,28$). O coeficiente de correlação entre o valor do estilo de vinculação evitante e a satisfação sexual egocentrada é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r_p = -0,39$). O coeficiente de correlação entre o valor do estilo de vinculação evitante e a satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual, e na satisfação sexual global é estatisticamente significativo, negativo e moderado ($r_p = -0,44$; $r_p = -0,47$ respetivamente).

Questão de investigação 6: Será que existe uma relação significativa entre o IMC, vinculação, comportamento alimentar, aspetos psicoemocionais e satisfação sexual?

Encontraram-se diferenças na escala EAT-26 medida total, subescala da dieta, subescala de bulimia e preocupação com a comida, subescala do controlo oral e na subescala de satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual (Anexo J₁₂). Na escala EAT-26 medida total ($F(3, 129,644 = 11,817, p=0,00)$) (Anexo J₁₈), os resultados indicam que as diferenças significativas encontram-se entre os indivíduos do Grupo IV e os do Grupo II e Grupo I, tendo os primeiros valores mais elevados na escala EAT-26 medida total (15,35 vs 9,48 e 7,85). As diferenças entre o Grupo III e Grupo I também são estatisticamente significativas (12,79 vs 7,85). Estas podem ser consultadas em anexo (Anexo J₁₃). Para a subescala da dieta ($F(3, 131,456 = 25,556, p=0,00)$) (Anexo J₁₈), as diferenças significativas

encontram-se entre os indivíduos pertencentes ao Grupo IV e os do Grupo II e Grupo I, tendo os primeiros valores mais elevados na subescala de dieta (10,53 vs 5,75 e 2,85). A diferença entre o Grupo III e Grupo I também é estatisticamente significativa (8,29 vs 2,85). Bem como entre o Grupo II e Grupo I (5,75 vs 2,85). Estas podem ser consultadas em anexo (Anexo J₁₄).

Na subescala de bulimia e preocupação com a comida ($F(3, 131,379 = 7,902, p=0,00)$) (Anexo J₁₈), as diferenças significativas encontram-se entre o Grupo IV e o Grupo I, tendo o primeiro valores mais elevados na subescala de bulimia e preocupação com a comida (2,25 vs 0,73). As diferenças entre o Grupo III e o Grupo I também são significativas (1,94 vs 0,73) (Anexo J₁₅). Na subescala de controlo oral ($F(3, 116,846 = 3,496, p=0,01)$) (Anexo J₁₈), as diferenças significativas são entre o Grupo I e os Grupos IV, Grupo III e Grupo II, tendo os primeiros valores mais elevados na subescala de controlo oral (4,26 vs 2,56; 2,55 e 2,44) (Anexo J₁₆). Na satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual ($F(3, 120,110) = 3,682, p=0,01$) (Anexo J₁₈), a análise do teste de comparação múltipla *à posteriori* indicou que as diferenças significativas encontram-se entre o Grupo IV e o Grupo I, sendo que os primeiros têm valores mais baixos nesta escala (32,23 versus 36,47) (Anexo J₁₇).

Discussão

Na **primeira** questão, a avaliação do Grupo I e Grupo II, contrariamente à literatura não evidencia a interferência do estilo de vinculação no comportamento alimentar. Para Wilkinson et al., (2010) o estilo de vinculação ansioso influencia as PCA, sobretudo a tendência em adotar comportamentos de ingestão compulsiva, levando ao aumento do IMC. Sharpe et al. (1998) sugerem maior risco de PCA e níveis mais elevados de preocupação com o peso em indivíduos com vinculação insegura. A escolha de outros instrumentos poderia contribuir para resultados de acordo com a literatura.

Contudo, a análise dos resultados dos indivíduos obesos indica para o Grupo III que o padrão de resposta do comportamento alimentar sofre influência do estilo de vinculação (Sharpe et al., 1998; Troisi et al., 2005; Ringer & Crittenden, 2007; Wilkinson et al., 2010). Os resultados sugerem uma ambivalência do comportamento alimentar com níveis significativos na subescala de dieta e na de bulimia e preocupação com a comida, o que parece indicar que os indivíduos alternam entre períodos onde exibem cuidado com a alimentação para outros onde fazem ingestão compulsiva de alimentos. De facto, Tapadinhas (2009) refere que obesos diagnosticados com PIC são ansiosos perante a comida e vivem preocupados com o peso e dietas, as quais por norma não conseguem realizar com sucesso. A preocupação que parecem demonstrar em controlar a alimentação através de dietas, pode

contribuir para não se identificarem como indivíduos que ingerem alimentos de forma disfuncional e compulsiva, tendo sido assim encontrada relação com a subescala da dieta (op. cit.). Bernardi et al. (2005) evidenciam a alternância entre períodos de restrição alimentar e outros de ingestão compulsiva em doentes obesos, acrescentando preocupações com o peso e forma física em doentes obesos com PIC.

No Grupo IV os indivíduos com estilo de vinculação ansioso parecem identificar-se com um padrão alimentar de ingestão compulsiva, o que caracteriza a resposta comportamental de muitos obesos (Matos & Zanella, 2002; Zachrisson & Skårderud, 2010; Wilkinson et al., 2010). Verificou-se o resultado apenas nos indivíduos ansiosos, não sendo exibida relação quando olhamos ao estilo de vinculação evitante, podendo ser explicado pois os obesos em geral apresentam maioritariamente características de personalidade dependente (Vargas, Rojas-Ruiz, Román & Salín-Pascual, 2003; Tapadinhas & Pais-Ribeiro, 2008). Este tipo de personalidade parece caracterizar esta população, explicando-se a inexistência de relação entre o estilo evitante e o comportamento alimentar.

Na **segunda** questão de investigação, a avaliação do comportamento alimentar é feita com um instrumento que por um lado avalia comportamentos de restrição alimentar por outro ingestão alimentar enquanto ato compensatório (Bernardi et al., 2005). De facto, as PCA refletem comportamentos disfuncionais, que procuram compensar disfunções intrapessoais (e.g. baixa autoestima, sintomas de depressão, ansiedade ou stresse) (Bernardi et al., 2005; Rebelo & Leal, 2007; Santamaría et al., 2009; Bodenlos, Lemon, Schneider, August & Pagoto, 2011) e por sua vez se estendem a dimensões interpessoais dos indivíduos, afetando múltiplos contextos de vida (e.g. relações sociais, intimidade) (Kaufman, 1997; Bernardi et al., 2005; Kolotkin et al., 2006). O que faz pressupor a possível influencia ao comportamento e resposta sexual, contudo, os resultados não apoiam este pressuposto. De facto, outros autores assinalaram a relação entre a sexualidade e a ingestão alimentar (Kaufman, 1997; Lemos, 2005; Ribeiro, 2008).

Neste estudo não foi verificada uma relação expressiva entre os padrões de resposta alimentar e os níveis de satisfação sexual explorados, de um modo geral para todos os indivíduos. Contudo, observou-se uma relação que parece indicar que indivíduos preocupados com a ingestão alimentar (i.e. rigorosos na seleção alimentar) parecem rigorosos na seleção do seu próprio prazer sexual. A ausência de relações nos grupos de maior IMC pode sugerir que a satisfação sexual destes é vítima do próprio excesso de peso e obesidade, tal como explorado noutras questões deste estudo e descrito pelas dificuldades sexuais evidenciadas nos obesos (Tapadinhas & Refoios, 2012; Araújo et al., 2009; Esposito, Giugliano, Citola, De

Sio, D'Armiento & Giugliano, 2008; Kolotkin et al., 2006; Kaufman, 1997; Esposito et al., 2007). Possivelmente, com a escolha de outros instrumentos e categorização dos indivíduos sem ter em conta o IMC encontrar-se-iam resultados mais significativos.

A análise da **terceira** questão corrobora os estudos encontrados, realizados com indivíduos com peso normal, procurando-se nesta investigação conhecer a realidade numa amostra de indivíduos com excesso de peso e obesidade. Assim, verifica-se maior sintomatologia ansiosa e depressiva relacionada com os estilos de vinculação ansioso e evitante (Cooper et al., 1998; Surcinelli et al., 2010). Observaram-se níveis mais elevados de ansiedade e stresse no Grupo III em comparação com o Grupo IV, podendo justificar-se pois os últimos ao terem mais peso, têm outras situações para gerir, como comorbilidades da doença (Rebelo & Leal, 2007; WHO, 2011; Haslam & James, 2005). A menor influência do estilo de vinculação evitante nos aspetos psicoemocionais estudados comparativamente ao estilo ansioso corrobora McWilliams e Bailey (2010). Estes sugerem maior associação entre o estilo de vinculação ansioso e piores condições de saúde e outras patologias em comparação ao estilo evitante. O modelo de funcionamento dos indivíduos com estilo de vinculação evitante poderá ser outro fator responsável pelos resultados encontrados (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). De acordo com os autores estes indivíduos vivenciam os acontecimentos geradores de stresse ou ansiedade através do evitamento destas situações (op.cit.).

A variável psicoemocional stresse, em ambos os grupos mostrou-se relacionada só com o estilo de vinculação ansioso. O que reforça o estudo de Wilkinson et al. (2010) no qual, indivíduos com vinculação ansiosa são mais vulneráveis a acontecimentos stressores em comparação aos de vinculação evitante. Este resultado pode também explicar-se tendo em conta as principais características dos indivíduos evitantes (Hazen & Shaver, 1987; Shaver & Mikulincer, 2002). Contrariamente aos indivíduos com vinculação ansiosa, que ficam agitados/ ansiosos como resposta ao stresse, os com vinculação evitante não reagem, resposta que os protegem dos acontecimentos geradores de stresse com que se confrontam (Mikulincer et al., 2003). São conhecidos por não confrontarem as vivências de stresse e procurarem evitar acontecimentos que os incomodam, garantindo sua proteção (Mikulincer et al., 2003; Shaver & Mikulincer, 2002; Garrinson, Khan, Sauer & Florczak, 2012). Este aspeto poderá ter contribuído para não se encontrarem neste e noutros estudos relações entre o stresse e a vinculação evitante (Garrinson et al., 2012).

A **quarta** questão evidencia que quanto maior a perturbação emocional, pior a satisfação sexual do indivíduo, centrada em si, no parceiro e na relação sexual, ou satisfação sexual global (Castellini et al., 2010). Mais precisamente, a análise dos indivíduos do Grupo

III sugere que quanto mais deprimidos menos capazes estão de preocupar-se com a satisfação sexual do parceiro ou de estar na sexualidade. Concomitantemente, quanto mais ansiosos e com maiores níveis de stresse, observa-se um desinvestimento total nas dimensões de satisfação sexual. A ansiedade independentemente do grau de obesidade (i.e. em ambos os grupos) inibe a satisfação sexual do indivíduo, contribuindo para a desvalorização destes face à sexualidade. Já Castellini et al. (2010) sugeriram que quanto maiores os níveis de perturbação psicoemocional menor a satisfação sexual. Assim, com este estudo verificou-se que as alterações emocionais em geral levam os obesos a desinvestir a sexualidade própria, do parceiro e em geral. Os dados corroboram os autores que indicam uma desvalorização dos obesos face à sua sexualidade e a influência da obesidade nas diversas funções sexuais, prejudicando a satisfação sexual (Tapadinhas & Refoios, 2012; Araújo et al., 2009; Esposito et al., 2007; Kolotkin et al., 2006). Observado de um modo significativo no Grupo III em todas as dimensões e no Grupo IV apenas no que respeita à ansiedade. A obesidade parece afetar e penalizar toda a vida sexual dos indivíduos e essencialmente quando há psicopatologia, assinalando a importância e influência das variáveis psicológicas na qualidade da vida sexual, nomeadamente satisfação sexual (Ravagni, 2007, cit. por Tapadinhas & Refoios, 2012; Riley, 1997; Dundon & Rellini, 2010).

Verificaram-se mais relações estatisticamente significativas no Grupo III comparativamente ao IV, que pode ser explicado pelos indivíduos com menos peso, contudo com excesso de peso e obesidade grau I ainda serem capazes de um movimento de queixa estatisticamente significativo. Assim, parece evidente que o agravamento na obesidade para além de contribuir para uma pior qualidade de vida sexual (Kolotkin et al., 2006; Araújo et al., 2009), contribui para esgotar o interesse dos obesos na sua sexualidade (Kaufman, 1997), aspeto agravado pelos padrões sociais de beleza (i.e. um corpo atraente é um corpo magro) o que contribui também para menor autoestima e desvalorização destes indivíduos (Bernardi et al., 2005). Contudo, a relação para a ansiedade demonstra a persistência dos indivíduos em continuar a manifestar-se. Indicando que quanto maiores os níveis de ansiedade menos funcionalidade sexual, sendo esta uma característica principal dos obesos que procuram ajuda clínica (Tapadinhas & Pais-Ribeiro, 2008). Os estudos indicam a forte presença de perturbação de ansiedade nos obesos que recorrem aos serviços de saúde, para cirurgia bariátrica (op. cit.).

A **quinta** questão de investigação sugere que, de um modo geral, os estilos de vinculação ansioso e evitante pioram a satisfação sexual dos indivíduos obesos o que vai de encontro à literatura (Butzer & Campbell, 2008). Os resultados são mais marcados no Grupo

III, verificando-se em qualquer um dos estilos de vinculação pior qualidade de vida sexual (i.e. satisfação sexual) (op. cit.). No Grupo IV o padrão de resposta só é significativo para a vinculação evitante. Os dados corroboram o estudo de Butzer e Campbell (2008) e tendo em conta as dificuldades no desenvolvimento de relações de proximidade e intimidade no estilo de vinculação evitante, seria expectável menor satisfação sexual neste subgrupo (Hazen & Shaver, 1987; Garrison et al., 2012). Por outro lado, é importante assinalar que estes dados são encontrados num grupo de obesos pelo que, autores como Araújo et al. (2009), Tapadinhas e Refoios (2012) ou Kolotkin et al. (2006) referem ser uma condição que pressupõe menor satisfação e qualidade de vida sexual. Para Kaufman (1997) a sexualidade é vivida pelos obesos não como um acontecimento prazeroso, mas como uma situação geradora de angústia, sendo mesmo procurada a negação e o evitamento destas vivências. Garrison et al. (2012) sublinham as estratégias para evitar acontecimentos geradores de stresse por parte dos indivíduos com vinculação evitante. Deste modo, talvez se tenham reunido duas condições especiais, por um lado a obesidade, por outro as características dos indivíduos com vinculação evitante, para se encontrar neste subgrupo menor satisfação sexual (Kaufman, 1997; Garrison et al., 2012).

Os resultados do estilo de vinculação ansioso no Grupo III indicam menor qualidade de vida sexual, isto é, um evitamento destes indivíduos da sua satisfação sexual, confirmando mais uma vez a literatura, pelo facto de se tratar de estilos de vinculação ansiosa (Butzer & Campbell, 2008), bem como, por serem indivíduos obesos (Araújo et al., 2009; Tapadinhas & Refoios, 2012; Kolotkin et al., 2006). No subgrupo com estilo de vinculação ansiosa do Grupo IV, ou seja em indivíduos com níveis de obesidade mais graves os resultados já não se verificam do ponto de vista estatístico, o que pode sugerir uma possível desvalorização destes, da sua sexualidade. Assim, é provável que à medida que se dá um agravamento da obesidade verifica-se um total desinteresse dos indivíduos face à sexualidade, possivelmente pela conformidade à situação de obesidade e consequente desvalorização social do obeso enquanto detentor de beleza e atração (Bernardi et al., 2005), agravada pela desvalorização pessoal destes indivíduos (Kaufman, 1997; Araújo et al., 2009). Este fator indica que a prevenção da obesidade é importante quer no evitamento de comorbilidades (Kulie, Slattengren, Redmer, Counts, Eglash & Schrage, 2011; Sichieri & Souza, 2008; Coelho, Sousa, Laranjo, Monteiro, Bragança & Carreiro, 2008) quer nas dificuldades manifestadas ao nível sexual (Bajos, Wellings, Laborde & Moreau, 2010). Assim, sugere-se que o padrão de resposta em relação à satisfação sexual e à relação com a sexualidade nos obesos deverá continuar a ser explorado (Araújo et al., 2009; Kadioglu et al., 2010).

A **sexta** questão de investigação sugere que ao compararmos todos os grupos, os obesos em geral apresentam um estilo de comportamento alimentar mais disfuncional, face aos restantes indivíduos dos grupos de baixo peso e peso normal, o que vai de encontro aos estudos que indicam elevada frequência de PCA em doentes obesos (Vidal & García-Mayor, 2009; Darby, Hay, Mond, Quirk, Buttner & Kennedy, 2009; Zachrisson, Vedul-Kjelsas, Götestam & Mykletun, 2008; Hays, Bathalom, McCrory, Roubenoff, Lipman & Roberts, 2002; Darby, Hay, Mond, Rodgers & Owen, 2007). A avaliação da recusa alimentar com elevado valor calórico e preocupação face à forma física (EAT-26) indica a continuação de um estilo de comportamento alimentar disfuncional nos obesos, pois observaram-se resultados mais elevados nos grupos de maior IMC. Esta informação parece contraditória, dado este comportamento caracterizar particularmente comportamentos de anorexia nervosa (APA, 2000). Contudo, verifica-se frequentemente em indivíduos obesos este tipo de preocupações, isto é, com o peso e realização de dietas, apesar de não as efetivarem na prática comportamental (Tapadinhas, 2009; Bernardi et al., 2005).

Na avaliação de comportamentos de ingestão alimentar compulsiva seguidos de indução de vômito ou comportamentos que evitam ganhar peso, observam-se novamente diferenças entre os grupos constituídos por indivíduos obesos e os de baixo peso, sendo que os grupos com maior IMC apresentam um comportamento mais disfuncional. Este resultado corrobora os autores que sugerem que os indivíduos obesos exibem comportamentos compensatórios face à sua ingestão compulsiva, apresentando alguns deles o diagnóstico de bulimia nervosa (Vidal & García-Mayor, 2009). As diferenças na subescala do controlo oral, que avalia o autocontrolo em relação à alimentação e pressão social para ingerir alimentos com vista a aumentar de peso, sugerem comportamentos mais disfuncionais para os indivíduos com baixo peso. O que parece fazer sentido pois este padrão alimentar caracteriza grande parte dos indivíduos com anorexia nervosa, ou com baixo peso, os quais procuram autocontrolar os alimentos ingeridos, exibindo preocupação no controlo rigoroso do padrão alimentar, com a ingestão de alimentos pouco calóricos com vista a perder ou manter o peso (Dunker & Philippi, 2003; Giordani, 2008).

Por último, esta questão apontou diferenças em relação à satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual, sugerindo que ao compararmos os indivíduos do Grupo I com os do Grupo IV, os primeiros (i.e. indivíduos com baixo peso) conseguem ter maior facilidade em se centrar na sexualidade com o parceiro e na relação sexual em si, apresentando maior satisfação sexual relacionada com estes fatores. De um modo geral, é evidente mais uma vez, uma marcada dificuldade dos obesos na resposta relacionada com a sexualidade, dificuldades

descritas anteriormente (Kaufman, 1997; Esposito et al., 2007; Esposito et al., 2008; Araújo et al., 2009; Tapadinhas & Refoios, 2012). Os dados corroboram as teorias que defendem que na sociedade atual são os indivíduos magros o protótipo perfeito de beleza, atração e desejo ao contrário dos indivíduos obesos (Dunker & Philippi, 2003), o que leva à progressiva desvalorização destes últimos em relação à sua sexualidade (Bernardi et al., 2005) evidenciando mesmo, mais dificuldades sexuais quando comparados com indivíduos com menor IMC (Kolotkin et al., 2006).

Conclusão

A obesidade sofre um aumento exponencial em todo o mundo (WHO, 2011), o que atribui pertinência às investigações nesta área. Procurou-se estudar a relação entre a obesidade e o comportamento alimentar, as variáveis psicoemocionais, a vinculação no adulto e a satisfação sexual. Os obesos exibiram maior influência dos estilos de vinculação sobre o padrão de resposta do comportamento alimentar. Não foi verificada, de um modo geral, nenhuma relação expressiva entre os padrões de resposta alimentar e os níveis de satisfação sexual investigados, contudo, observou-se que os indivíduos com maior rigor na seleção alimentar parecem mais preocupados com a seleção do próprio prazer sexual. Mais uma vez a satisfação sexual dos indivíduos com maior IMC parece ser vítima do próprio excesso de peso e obesidade.

Constatou-se maior influência do estilo de vinculação ansioso nos aspetos psicoemocionais estudados. O agravamento da obesidade e a gestão das comorbidades inerentes parecem contribuir para o padrão de resposta psicoemocional destes indivíduos. De um modo geral, os estilos de vinculação ansioso e evitante e maiores níveis de perturbação psicoemocional pioram a satisfação sexual dos obesos, seja centrada em si, no parceiro e na relação sexual ou na satisfação sexual global. Genericamente os indivíduos obesos traduziram um estilo de comportamento alimentar disfuncional em comparação com os de baixo peso e peso normal. Contudo, no controlo rigoroso do comportamento de ingestão e seleção alimentar os de baixo peso exibem maior disfunção. Estes demonstram ainda maior facilidade na sexualidade com o parceiro e na relação sexual em si, apresentando maiores níveis de satisfação sexual relacionada com estes aspetos comparativamente aos indivíduos obesos.

Em suma, verificou-se marcada dificuldade dos obesos em vivenciarem a sua sexualidade, no que respeita à satisfação sexual, independentemente dos estilos de vinculação ou alterações psicoemocionais. Observando-se um desinvestimento progressivo da sexualidade por parte dos indivíduos com níveis de obesidade mais graves. O agravamento da

obesidade parece contribuir para uma pior qualidade de vida sexual bem como para esgotar o interesse dos obesos com IMC mais elevado, no que respeita à sua sexualidade. Em relação às limitações, o facto de ser um estudo apenas quantitativo restringe a possibilidade de serem encontradas outro tipo de informações que melhor caracterizem a amostra. A amostra de conveniência impossibilita a generalização dos resultados. Contudo foi possível explorar e obter mais conhecimento da sexualidade nos obesos, no que respeita à satisfação sexual, aspeto que levanta ainda inconsistências literárias e requer a realização de mais investigações que contribuam para uma melhor compreensão desta problemática nesta população.

Referências

- American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Araújo, A., Brito, A., Ferreira, M., Petribú, K., & Mariano, M. (2009). Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 36 (1), 42-48.
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., & Moreau, C. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *British Medical Journal*, 340, 1-9.
- Bernardí, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1), 85-93.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 35 (4), 537-546.
- Bodenlos, J., Lemon, S., Schneider, K., August M., & Pagoto, S. (2011). Associations of mood and anxiety disorders with obesity: Comparisons by ethnicity. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 319-324.
- Brennan, K., Clark, C., & Shaver, P. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. Simpson, & W. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 46-76). New York: The Guilford Publications.
- Butzer, B., & Campbell (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 141-154.
- Castellini, G., Mannucci, E., Mazzei, C., Lo Sauro, C., Faravelli, C., Rotella, C., Maggi, M., & Ricca, V. (2010). Sexual function in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 1-10.
- Coelho, R., Sousa, S., Laranjo, M., Monteiro, A., Bragança, G., & Carreiro, H. (2008). Excesso de peso e obesidade: Prevenção na escola. *Acta Médica Portuguesa*, 21 (4), 341-344.

- Cooper, M., Shaver, P., & Collins, N. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 74* (5), 1380-1397.
- Darby, A., Hay, P., Mond, J., Quirk, F., Buttner, P., & Kennedy, L. (2009). The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995-2005. *International Journal of Eating Disorders, 42* (2), 104-108.
- Darby, A., Hay, P., Mond, J., Rodgers, B., & Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International Journal of Obesity, 31*, 876-882.
- Dundon, C., & Rellini, A. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 896-904.
- Dunker, K., & Philippi, S. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição, 16* (1), 51-60.
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., Cobellis, L., & De Sio, M. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research, 19*, 352-357.
- Esposito, K., Giugliano, F., Ciotola, M., De Sio, M., D'Armiento, M., & Giugliano, D. (2008). Obesity and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research, 20*, 358-365.
- Fraley, R., Waller, N., & Brennan, K. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78* (2), 350-365.
- Gariepy, G., Nitka, D., & Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity, 34*, 407-419.
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*, 871-878.
- Garrinson, A., Kahn, J., Sauer, E., & Florczak (2012). Disentangling the effects of depression symptoms and adult attachment on emotional disclosure. *Journal of Counseling Psychology, 59* (2), 230-239.
- Giordani, R. (2008). A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: Uma abordagem sociológica. *Psicologia & Sociedade, 18* (2), 81-88.
- Haslam, D., & James, W. (2005). Obesity. *Lancet, 366*, 1197-1209.

- Hays, N., Bathalon, G., McCrory, M., Roubenoff, R., Lipman, R., & Roberts, S. (2002). Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 75, 476-483.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.
- Hunte, H., & Williams, D. (2009). The association between perceived discrimination and obesity in a population-based multiracial and multiethnic adult sample. *American Journal of Public Health*, 99 (7), 1285-1292.
- Kadioglu, P., Yetkin, D., Sanli, O., Yalin, A., Onem, K., & Kadioglu, A. (2010). Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *Journal Compilation*, 106, 1357-1361.
- Kaufman, A. (1997). Aspectos psicodinâmicos da obesidade. In R. Júnior, A. Meleiro, R. Marchetti, & S. Júnior (Eds.), *Psiquiatria e Psicologia no hospital geral: Integrando especialidades* (pp. 101-111). São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos.
- Kolotkin, R., Binks, M., Crosby, R., Ostbye, T., Gress, R., & Adams, T. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 14 (3), 472-479.
- Kulie, T., Slattengren, A., Redmer, J., Counts, H., Eglash, A., & Schrage, S. (2011). Obesity and women's health: An evidence-based review. *Obesity and Women's Health*, 24 (1), 75-85.
- Lemos, I. (2005). Bulimia e anorexia: Patologias da falta e do excesso. *Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC*, 3 (5), 81-89.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.
- Matos, M., & Zanella, M. (2002). Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Revista da ABESO*, 3 (9). Consultado em 26 de Novembro de 2011 através de <http://www.abeso.org.br>
- McWilliams, L., & Bailey, S. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the national comorbidity survey replication. *Health Psychology*, 29 (4), 446-453.
- Mikulincer, M., Shaver, P., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27 (2), 77-102.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde: Manuais universitários*. Lisboa: Climepsi.

- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças, 5* (2), 229-239.
- Rebelo, A., & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica, 3* (25), 467-477.
- Refoios, S. M., Fuertes, A., & Báz, B. (en press). *Apegos afectivos, comunicación sexual y satisfacción sexual un una muestra de parejas heterosexuales portuguesas*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Salamanca, Salamanca.
- Refoios, S. M., Fuertes, A., & Báz, B. (2012, Julho). *Validation of the New Sexual Satisfaction Scale (NSSS) on a Heterosexual Portuguese sample – Escala de Satisfação Sexual (ESS)*. Poster presentation on the 38th Annual Meeting of the International Archives of Sexual Research (IASR), Lisboa.
- Ribeiro, V. L. (2008). *Obesidade e função sexual*. Consultado em 11 de Janeiro de 2012 através de <http://www.psicologia.com.pt>
- Riley, A. (1997). Sexual behavior. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology: Health and Medicine* (pp. 162-165). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Ringer, F., & Crittenden, P. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review, 15*, 119-130.
- Santamaría, A., Vázquez, I., Caballero, D., & Rodríguez, C. (2009). Eating habits and attitudes and their relationship with Body Mass Index (BMI). *European Journal of Psychiatry, 23* (4), 214-224.
- Scott, K., Bruffaerts, R., Simon, G., Alonso, J., Angermeyer, M., Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Karam, E., Kessler, R., Levinson, D., Medina, M., Oakley, M., Ormel, J., Villa, J., Uda, H., & Korff, M. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity, 32*, 192-200.
- Sharpe, T., Killen, J., Bryson, S., Shisslak, C., Estes, L., Gray, N., Crago, M., & Taylor, B. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 39-44.
- Shaver, P., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development, 4*, 133-161.

- Sichieri, R., & Souza, R. (2008). Estratégias para prevenção da obesidade em criança e adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (2), 209-234.
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research*, 47 (4), 257-268.
- Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanocci, O., & Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: Examining the mediating role of personality traits. *The Journal of Psychology*, 144 (6), 523-534.
- Tapadinhas, A. (2009). *Comportamento alimentar, qualidade de vida e personalidade em pessoas obesas: Um estudo na população portuguesa*. Tese de doutoramento apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Tapadinhas, A., & Pais-Ribeiro, J. (2008, Janeiro). *Avaliação psicológica na obesidade: A relevância da personalidade*. Apresentado no 7º Congresso de Psicologia da Saúde, Porto.
- Tapadinhas, A., & Refoios, S. (2012). Obesidade e Sexualidade. *Psicologia da Actualidade*, 6, 91-.
- Tasca, G., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., Balfour, L., & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47, 662-667.
- Tosetto, A., & Júnior, C. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Medicina Ribeirão Preto*, 41 (4), 497-507.
- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 89-97.
- Vargas, A., Rojas-Ruiz, M., Román, S., & Salín-Pascual, R. (2003). Development of bulimia nervosa after bariatric surgery in morbid obesity patients. *Salud mental*, 26 (5), 28-32.
- Vidal, A., & García-Mayor, V. (2009). Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutrición Hospitalaria*, 24 (6), 661-666.
- Wilkinson, L., Rowe, A., Bishop, R., & Brunstrom, J. (2010). Attachment anxiety, disinhibited eating, and body mass index in adulthood. *International Journal of Obesity*, 32, 1442-1445.
- World Health Organization (2011). *Obesity and overweight*. Consultado em 15 de Novembro de 2011 através de <http://www.who.int>
- Zachrisson, H., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *Eating Disorders Review*, 18, 97-106.
- Zachrisson, H., Vedul-Kjelsas, E., Göttestam, K., & Mykletun, A. (2008). Time trends in obesity and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (8), 673-680.

ANEXOS



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

SEXUALIDADE, VINCULAÇÃO,
EMOÇÕES E COMPORTAMENTO ALIMENTAR
NA OBESIDADE

SARA JOANA SANTOS VIVEIROS

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ANA ROSA VELEZ TAPADINHAS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ANA ROSA VELEZ TAPADINHAS

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Resumo

A obesidade é uma doença crónica com crescimento mundial exponencial, sendo consequência de múltiplos fatores e responsável por diversas comorbidades. Grande parte dos doentes obesos utilizam a comida como resposta a dificuldades emocionais, evidenciando Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC). A literatura sobre Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) evidencia a relação destas com a obesidade, sexualidade e estilos de vinculação insegura. Os obesos parecem revelar níveis considerados de sofrimento psicoemocional, sendo evidenciada a relação das variáveis psicológicas com os estilos de vinculação insegura (ansioso e evitante) e menor qualidade de vida sexual. A sexualidade é transversal às diferentes etapas do desenvolvimento, sendo uma condição inerente e importante na qualidade de vida dos seres humanos, contudo nos obesos parece ser comum a enunciação de dificuldades e insatisfação sexual.

PALAVRAS-CHAVE

Obesidade – Comportamento Alimentar – Sexualidade – Variáveis Psicoemocionais –
Vinculação

Abstract

Obesity is a chronic disease with exponential growth worldwide, being the result of multiple factors and responsible for several comorbidities. Most of obese patients use food as a response to emotional difficulties, showing binge eating behavior. The literature on Eating Disorders evidences the correlation to obesity, sexuality and insecure attachment styles. Obese individuals appear to reveal considerable levels psycho-emotional distress, which highlights the relationship of psychological variables with insecure attachment styles (anxious and avoidant) and lower quality sexual experiences. Sexuality is transversal to the different stages of development, being an inherent and important condition of human beings' quality of life, however it seems to be common in obese people the enunciation of difficulties and sexual dissatisfaction.

KEYWORDS

Obesity – Eating Behavior - Sexuality - Psycho-emotional variables – Attachment

Introdução

A obesidade é uma doença crónica de crescente gravidade em todo o mundo (Bersh, 2006). Para a World Health Organization (2011) o excesso de peso e a obesidade são resultado de sucessivos balanços energéticos positivos entre calorias consumidas e despendidas e caracterizam-se pela excessiva ou anormal acumulação de gordura no corpo, que podem prejudicar a saúde do indivíduo. Matos e Zanella (2002) sugerem a implicação de fatores orgânicos, genéticos, ambientais, culturais, alimentares e emocionais no aparecimento desta doença. Rebelo e Leal (2007) corroboram, acrescentando a obesidade como condição de risco de outras doenças. A (WHO, 2011) aponta as doenças cardiovasculares, a diabetes ou alguns tipos de cancro como comorbilidades frequentes. Haslam e James (2005) acrescentam a hipertensão, os acidentes vasculares cerebrais, a hepatite não alcoólica, as dislipidémias, a artrite ou mesmo a apneia do sono. Vargas, Rojas-Ruiz, Román e Salín-Pascual (2003) referem que 83% dos doentes obesos apresentam perturbação da personalidade, nomeadamente perturbação dependente e evitativa. Tapadinhas e Pais-Ribeiro (2008) verificaram elevada frequência de perturbações da personalidade em obesos, referindo que esta população é essencialmente caracterizada pela perturbação dependente.

A obesidade é vista como um dos maiores problemas do século XXI, estando associada a um maior risco de mortalidade e comorbilidades (Carmo, 2008, in Carmo, Camolas & Vieira, 2008). Desde 1980 o número de obesos duplicou em todo o mundo, em 2008 1,5 biliões de adultos tinham excesso de peso e destes mais de 200 milhões de homens e cerca de 300 milhões de mulheres eram obesos (WHO, 2011). Deste modo, surgem estudos que sublinham a importância da prevenção da obesidade evitando as suas comorbilidades (Bajos, Wellings, Laborde & Moreau, 2010; Kulie, Slattengren, Redmer, Counts, Eglash & Schrage, 2011) e outros que apresentam e avaliam a eficácia de programas de prevenção (Sichieri & Souza, 2008; Coelho, Sousa, Laranjo, Monteiro, Bragança & Carreiro, 2008).

Para avaliar o excesso de peso e obesidade existem medidas que consideram a quantidade de gordura (Peso corpóreo; Peso relativo; Índice de Massa Corporal (IMC)) e medidas que avaliam a distribuição da gordura corporal (Relação entre a cintura e a anca; Perímetro da cintura; Diâmetro sagital), as últimas permitem identificar dois morfotipos, a obesidade Andróide e obesidade Ginóide (Filho, 2008, cit. in Nóbrega, 2008). O IMC é obtido pela divisão entre o peso em quilos e o quadrado da altura em metros [peso (kg)/altura² (m²)] (op. cit.). Não é uma medida direta de gordura corporal, logo não discrimina a distribuição da gordura ou músculo (op. cit.). Segundo a WHO (2003) a obesidade pode ser classificada de acordo com o IMC tal como consta no quadro seguinte (Quadro 2).

Quadro 2: Classificação da obesidade de acordo com o IMC

Classificação	IMC	Risco de comorbilidade
Baixo Peso	< 18,5	Baixo
Peso Normal	18,5-24,9	Médio
Excesso de Peso	≥ 25,0	
Pré-Obesidade	25,0-29,9	Aumentado
Obesidade Grau I	30,0-34,9	Moderado
Obesidade Grau II	35,0-39,9	Grave
Obesidade Grau III	≥ 40,0	Muito Grave

A classificação do quadro anterior aplica-se à população adulta. Para a WHO (2003) um IMC igual ou superior a 25 kg/m² corresponde a excesso de peso, um IMC igual ou superior a 30 kg/m² a obesidade. Em Portugal entre 2003 e 2005, numa amostra de 8116 participantes existiam 2,4% com baixo peso 39,4% com excesso de peso e 14,2% com obesidade (Camo et al., 2007).

Revisão de Literatura

Comportamento Alimentar

Segundo Viana (2002) o estilo alimentar resulta da interação de fatores psicológicos e sociais. O comportamento alimentar aponta para o ato de ingestão e aspetos qualitativos ligados à seleção e eleição dos alimentos consumidos (op. cit.). O padrão de ingestão refere-se aos aspetos quantitativos implícitos envolvidos na ingestão (op. cit.). As PCA incluem o diagnóstico de Anorexia Nervosa, que se caracteriza pela recusa do indivíduo em manter o peso num valor mínimo normal e Bulimia Nervosa, descrito por episódios de ingestão alimentar compulsiva, seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados (e.g. vômito autoinduzido; jejum; uso de laxantes ou exercício físico excessivo) (APA, 2000). Os indivíduos com anorexia nervosa são caracterizados pelo autocontrolo em relação ao comportamento alimentar e procura de uma alimentação rigorosa e controlada para manterem ou perderem mais peso (Dunker & Philippi, 2003; Giordani, 2008). A PIC caracteriza-se pela ingestão continuada de grandes quantidades de comida, mesmo quando o indivíduo reconhece não ter fome ou sentir-se empanturrado (APA, 2000). Bernardi, Cichelero & Vitolo (2005) destacam os comportamentos de compulsão alimentar como resposta compensatória a períodos de restrição alimentar, exibidos pela maioria dos obesos, o que acarreta um aumento do peso e consequências psicológicas (e.g. menor autoestima; alterações de humor).

Verificam-se três teorias que explicam o excesso de ingestão alimentar: a teoria psicossomática, onde a ingestão excessiva ocorre como resposta a emoções negativas; a teoria da externalidade, que explica este comportamento como resposta a fatores externos (e.g. cheiro e apresentação da comida); e a teoria da restrição alimentar, a ingestão em excesso

sucedem-se a um período de restrição alimentar (Rebelo & Leal, 2007). Bernardi et al. (2005) destacam igualmente o ato de comer como um ato compensatório face a dificuldades vividas pelos obesos, ainda que muitos deles não o façam conscientemente. Estes parecem olhar para a comida como uma fonte de prazer, a qual são incapazes de encontrar por exemplo nas relações sociais, pela dificuldade em estabelecer vínculos sociais, muitas vezes fruto da discriminação a que são sujeitos (op. cit.). Deste modo, alimentam um ciclo vicioso, pois retiram prazer na comida como escape às dificuldades relacionais, contribuindo para o aumento de peso e conseqüentemente maior discriminação social (op. cit.). Os autores sublinham a influência dos aspetos socioculturais, como a pressão social para padrões de beleza associados à magreza corporal, enquanto um fator responsável por desencadear as PCA. Dunker e Philippi (2003) referem mesmo a magreza feminina como sinal de atração sexual, sendo valorizado pela sociedade atual a magreza e atratividade em detrimento da obesidade, estigmatizando-se ainda mais os indivíduos obesos.

De acordo com Lemos (2005) para os autores psicanalíticos as PCA surgem durante as primeiras experiências de satisfação com a alimentação, que se referem à amamentação. Neste período o leite materno é objeto de necessidade e o seio é objeto de desejo (op. cit.). Deste modo, a autora defende que tal como o ato de amamentar, o ato de comer é um ato erótico. A sexualidade humana procurará a satisfação de necessidades, o que leva a que a função orgânica da alimentação se confunda com a função erótica (op. cit.). Conseqüentemente é defendido que o prazer pelo comer demonstra também a dimensão erótica do corpo. No caso específico da anorexia e bulimia o facto de surgir geralmente na adolescência revela a dificuldade no contato com a sexualidade feminina, ou seja a recusa em tornar-se mulher face ao confronto e angústia com a sexualidade genital (op. cit.). Ribeiro (2008) acrescenta mesmo que comer é um ato prazeroso, podendo em alguns casos substituir o próprio prazer sexual. De acordo com Costa, Machado e Cordás (2010) deverão ser desenvolvidos mais estudos que procurem explicar a relação entre as PCA e a sexualidade. Apesar de não encontrarem diferenças significativas num grupo de mulheres com PIC e sem PIC sugerem maior risco de disfunção sexual nas primeiras (op. cit.).

Segundo Vaz, Conceição e Machado (2009) as PCA têm sido alvo de crescente investigação nos últimos anos pela morbilidade psiquiátrica associada e aparecimento significativo em jovens. Vidal e García-Mayor (2009) verificaram a frequência de PCA em doentes obesos, indicando que 20,6% exibiam compulsão alimentar, perturbação de ingestão noturna, utilização de laxantes/diuréticos, 4,1% PIC e 2,5% diagnóstico de bulimia nervosa. Santamaría, Vásquez, Caballero e Rodríguez (2009) indicam maior dificuldade em controlar o

peso em indivíduos obesos ou com excesso de peso que frequentam consultas de nutrição em comparação com indivíduos que haviam sido obesos, que mantêm o acompanhamento médico. Estes autores corroboram as teorias que sugerem que os indivíduos com excesso de peso utilizam a comida como uma estratégia face aos problemas emocionais (op. cit.). Darby, Hay, Mond, Quirk, Buttner & Kennedy (2009) revelam numa amostra australiana que o número de obesos com PCA cresceu de 1 para 3,5% entre 1995 e 2005. Zachrisson, Vedul-Kjelsas, Göttestam e Mykletun (2008) sugerem que apesar de a obesidade estar fortemente associada a PCA o aumento desta não é acompanhado pelo aumento direto das PCA. Contudo Hays, Bathalon, McCrory, Roubenoff, Lipman & Roberts (2002) referem o comportamento alimentar como uma variável relacionada com o excesso de peso e obesidade.

Darby, Hay, Mond, Rodgers e Owen (2007) constataram que mulheres obesas apresentavam uma vasta gama de PCA, não se limitando apenas à PIC. Matos e Zanella (2002) encontraram resultados que indicam presença de PCA e episódios de compulsão alimentar isolados em doentes com obesidade grave. Tapadinhas (2009) caracteriza indivíduos obesos com PIC como mais ansiosos com a comida em comparação com obesos sem PIC, referindo que os primeiros exibem mais preocupação com o peso e realização de dietas as quais não conseguem efetivar de modo satisfatório. Os obesos com PIC mostram-se mais insatisfeitos com o próprio físico quando comparados com os obesos sem PIC (op. cit.). Concomitantemente Bernardi et al. (2005) descrevem que, ao contrário dos obesos sem PIC, os obesos com PIC demonstram preocupação em relação ao peso e à forma do seu corpo, apresentando maior sofrimento psicológico e baixa autoestima. Alguns obesos, involuntariamente, referem ingerir quantidades de comida menores do que aquelas ingeridas (op. cit.).

Recentemente, um estudo inovador relacionou as PIC, estilo de vinculação e IMC, sugerindo que o estilo de vinculação, nomeadamente o ansioso, pode influenciar a tendência para a ingestão compulsiva, o que parece ser mediador na promoção de um IMC elevado (Wilkinson, Rowe, Bishop & Brunstrom, 2010). A revisão de literatura de Zachrisson e Skårderud (2010) sobre a relação entre os estilos de vinculação e as PCA indica que os estilos de vinculação insegura são característicos de indivíduos com PCA. Bamford e Halliwell (2009) verificaram uma relação entre a vinculação ansiosa e evitante e as PCA, num grupo feminino. Na vinculação ansiosa verifica-se maior suscetibilidade para a comparação com padrões sociais idealizados, o que torna as mulheres mais vulneráveis ao desenvolvimento de PCA (op. cit.). Tasca et al. (2009) encontraram evidências de uma relação entre o estilo de vinculação evitante e ansioso e sintomas de PCA.

Variáveis Psicoemocionais: Ansiedade, Depressão e Stresse

A perturbação de ***ansiedade*** caracteriza-se por sintomas psicológicos (medo, apreensão) e por sintomas físicos (cansaço, palpitações, tensão) (Garipey, Nitka & Schmitz, 2010). Estas perturbações frequentemente crónicas podem coexistir com outras patologias psicológicas (op. cit.). Sareen, Jacobi, Cox, Belik, Clara & Stein (2006) evidenciam a sua influência no aumento do risco de doenças crónicas, contribuindo para uma menor qualidade de vida. Diferentes autores corroboram a relação entre a obesidade e a perturbação de ansiedade, defendendo a obesidade enquanto um fator de risco para esta perturbação (Garipey, Nitka & Schmitz, 2010) e o contrário (Bodenlos, Lemon, Schneider, August & Pagoto, 2011). Tosetto e Júnior (2008) sugerem maiores níveis de ansiedade em obesos, comparados com indivíduos com peso normal, acrescentando uma relação diretamente proporcional entre o IMC e esta sintomatologia. Quanto maior o grau de obesidade maiores níveis de ansiedade verificando-se também o inverso (op. cit.). Matos e Zanella (2002) corroboram indicando a presença de sintomas de ansiedade em doentes com obesidade grave. Scott et al. (2008) encontraram relações significativas entre a obesidade e as perturbações de ansiedade, especialmente no grupo com IMC superior a 35 kg/m².

Cairney, Corna, Veldhuizen, Kurdyak e Streiner (2008) sugerem que a discriminação e o estigma social relacionados com o excesso de peso podem ser vividos pelos obesos como fatores stressores. Também a influência da obesidade numa menor qualidade de vida e saúde pode ser causador de sofrimento psicológico (op. cit.). A revisão teórica de Garipey et al. (2010) confirmou maior probabilidade de ocorrerem desordens de ansiedade em indivíduos obesos quando comparados com não obesos (op. cit.). Darby et al. (2007) indicam maior sofrimento psicológico (ansiedade e depressão) num grupo de mulheres obesas quando comparado com mulheres com peso normal. Kasen, Cohen, Chen e Must (2008) corroboram, sugerindo um efeito positivo da obesidade na ansiedade, em indivíduos do sexo feminino.

Lovibond e Lovibond (1995) conceptualizam a ***depressão*** como a perda de autoestima, motivação e perceção do indivíduo de pouca probabilidade em alcançar objetivos de vida significativos. A classificação nosográfica do DSM-IV inclui sintomas de tristeza, melancolia, perda do prazer, fadiga, lentificação psicomotora ou agitação, culpabilidade, baixa autoestima ou mesmo ideação suicida (APA, 2000). Wit, Straten, Herten, Penninx e Cuijpers (2009) referem a depressão como resultado de diferentes fatores (e.g. biológicos, psicológicos, sociais). A WHO (2012) refere a incidência desta em cerca de 121 milhões de pessoas. A revisão teórica de Wit, Luppino, Straten, Penninx, Zitman & Cuijpers (2010) reforça a depressão e a obesidade como doenças com elevada prevalência e elevados custos

económicos em todo o mundo. A WHO (2012) indica as alterações no apetite como aspeto frequente na depressão. No DSM-IV as alterações no comportamento alimentar e atividade física constituem sintomas de depressão (APA, 2000). Assim, para Wit et al. (2009) parece fazer sentido a relação entre o peso (elevado ou baixo) e a depressão. Contudo, a literatura indica inconsistências na relação entre a obesidade e a depressão. Por um lado a depressão aparece como fator preditivo da obesidade, por outro como consequência da obesidade (Wit et al., 2009). Wit et al. (2010) referem estudos onde é encontrada uma relação positiva entre as duas variáveis, outros onde, se verifica uma associação negativa e outros ainda, onde nenhuma relação entre a depressão e a obesidade é encontrada.

Tosetto e Júnior (2008) compararam um grupo de indivíduos obesos com indivíduos com peso normal sugerindo que quanto mais elevado o grau de obesidade, maiores os níveis de depressão, verificando-se também o inverso. Scott et al. (2008), Matos e Zanella (2002) e Luppino et al. (2010) sugerem maiores níveis de depressão quanto maior o IMC dos sujeitos, nomeadamente para obesos com IMC superior a 35 kg/m². Kadioglu, Yetkin, Sanli, Yalin, Onem & Kadioglu (2010) verificaram que mulheres obesas apresentam maiores níveis de humor depressivo comparadas a mulheres com peso normal. Mostra-se pertinente a realização de mais estudos que procurem explorar a relação entre a obesidade e depressão.

Para Lovibond e Lovibond (1995) o *stress* caracteriza-se por estados de tensão e excitação constantes associado a baixos níveis de resistência à frustração. Morrison e Bennett (2009) sugerem três caracterizações para o stress: como estímulo, um acontecimento positivo ou negativo exterior ao sujeito, que requer um reajustamento deste, sendo por isso gerador de stress; como transação psicológica entre o estímulo externo e as características emocionais e cognitivas; ou como reação física face a situações stressantes. Os agentes de stress podem ter origem em fatores psicoemocionais, físicos ou biológicos (APA, 2000). Com base nos estudos de Sandín (1989), Belloch, Sandín e Ramos (2008) sugerem que, em condições de equilíbrio do organismo, o funcionamento fisiológico e psicológico funciona com níveis normais de ativação. Quando há uma alteração (interna ou externa) do funcionamento produz-se o stress (op. cit.). O organismo procura contrariar este desequilíbrio pela resposta de stress, a qual implica esforço e tensão e provoca mudança nos estados emocionais (op. cit.).

Walter Cannon em 1927 procurou explicar a reação biológica face a situações de ameaça, denominando “luta ou fuga” (fight-or-flight), pois perante ameaças os organismos respondem atacando (luta) ou evitando (fuga) (Almeida, 2003). Se por um lado o estado de luta ou fuga é adaptativo pois pressupõe uma resposta rápida aos acontecimentos, observa-se um lado negativo, com danos para a saúde dos indivíduos, quando este se mantém (Tavares,

Fortunato & Moreira, 2000). Mais tarde Hans Selye procurou compreender o que ocorre no organismo se a percepção de stresse se mantiver (Almeida, 2003). A Teoria de Selye (1954, 1969, 1983, cit. por Belloch, Sandín & Ramos, 2008) caracteriza o stresse como “uma resposta não específica do organismo”, que comporta três fases: alarme, resistência e esgotamento, diferenciadas pelo grau crescente de stresse. Para o autor a resposta “fight or flight” é o princípio de uma cadeia de reações (alarme, resistência e esgotamento) face a acontecimentos de stresse continuados (Almeida, 2003). Na fase de alarme o organismo mobiliza recursos biológicos para fazer face ao perigo, sendo possível manter num curto espaço de tempo pois pode por em risco o próprio (op. cit.). Na fase de resistência há uma diminuição da ativação fisiológica ainda que se mantenha acima do habitual, continuando o organismo a procurar adaptar-se ao agente de stresse (op. cit.). Na fase de esgotamento começam-se a observar dificuldades de resistência aos agentes stressores (op. cit.).

De acordo com Rodin, Schank, Striegel-Moore (1989, cit. por Bersh, 2006) do ponto de vista comportamental, o sujeito pode procurar restringir a ingestão de alimentos, substituindo de forma arbitrária o controlo fisiológico pelo controlo cognitivo. No entanto, este controlo tende a falhar por fatores como a pressão fisiológica (fome), fatores psicológicos (e.g. stresse, ansiedade, sintomas depressivos) demonstrando a implicação destas variáveis no comportamento alimentar (op. cit.). Hunte e Williams (2009) sugerem que o stresse psicossocial detém um papel importante no desenvolvimento de múltiplas doenças, como o excesso de peso. Bjömtorp (2001) corrobora sugerindo que o stresse psicossocial está associado à obesidade. Sutin, Ferrucci, Zonderman e Terracciano (2011) reforçam a ideia que existem mecanismos fisiológicos e comportamentais e traços de personalidade que interagem de forma complexa no ganho de peso. Para estes parece fazer sentido que uma maior reatividade fisiológica por parte do sujeito ao stresse pode contribuir para o aumento da massa gorda. (op. cit.).

Vinculação no adulto

A Teoria da Vinculação (TV) assenta num modelo de desenvolvimento emocional que pressupõe a ligação entre a figura cuidadora principal, geralmente a mãe e o bebé e suporta o modelo de relações futuras do indivíduo, podendo influenciar a competência social e o desenvolvimento emocional (Ferreira & Pinho, 2010). Deste modo, a TV sugerida por John Bowlby (1958) determina um sistema inato que leva o indivíduo a procurar a proximidade a uma figura protetora e confiável ao longo do tempo (Ferreira & Pinho, 2010; Bretherton, 1992). Apesar do sistema de vinculação interferir preferencialmente nos primeiros anos de

vida, Bowlby defendeu a sua existência, desde que o indivíduo nasce até morrer (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003).

Na década de 80 surgiram os primeiros trabalhos de vinculação na idade adulta. Hazen e Shaver (1987) sugerem o amor romântico nesta faixa etária como um processo de vinculação (i.e. os laços afetivos formados entre jovens adultos equiparam-se àqueles entre as crianças e os pais durante a infância). Ao contrário da vinculação na infância a vinculação na idade adulta ocorre entre pares nomeadamente amigos ou parceiros românticos, procurando-se a proximidade e o conforto desta figura (Refoios, no prelo). Além desta diferença, a vinculação na idade adulta pressupõe, geralmente, uma dimensão de atração e intimidade sexual e a verificação de cuidados recíprocos (op. cit.). Hazen e Shaver (1987) traduziram os aspetos mais importantes da TV proposta inicialmente por Bowlby e Answorth para o amor desenvolvido na idade adulta. A tradução assenta em três principais estilos de vinculação: *segura*, *evitante* e *ansiosa/ ambivalente* e na perspetiva que o estilo de relacionamento deve-se em parte a modelos mentais do próprio e da vida social (op. cit.). Para os autores o estilo de vinculação e os modelos mentais do indivíduo são também determinados pela relação estabelecida com os pais durante a infância.

Hazen e Shaver (1987) caracterizam os adultos com vinculação segura (VS) como estando confortáveis nas relações de carácter proximal. Os adultos com vinculação ansiosa (VA) caracterizam-se por procurarem relações de proximidade temendo a rejeição (op. cit.). Os adultos com vinculação evitante (VE) mostram dificuldade em depender de outros e desconforto no desenvolvimento de relações de proximidade (op. cit.). De acordo com a TV os indivíduos aprendem a procurar figuras de vinculação para regular as suas emoções, mas os indivíduos com VA ou VE aprenderam que nem sempre podem confiar nestas figuras (Garrison, Kahn, Sauer & Florczak, 2012). Os indivíduos com VA experienciaram desde cedo cuidados inconsistentes em situações de stresse, por outro lado, indivíduos com VE depararam-se ao longo da infância com figuras de vinculação indisponíveis nos momentos em que se confrontavam com estes acontecimentos (op. cit.). Assim, Mikulincer, Shaver e Pereg (2003) sugerem dois tipos de estratégias: “estratégias de desativação” e “estratégias hiperativas” utilizadas por indivíduos com VE e VA respetivamente, com objetivo de regular as suas emoções perante acontecimentos geradores de angústia ou stresse.

As “estratégias de desativação” utilizadas pelos indivíduos com VE procuram eliminar vivências de stresse (op. cit.). Estas respostas resultam da indisponibilidade das figuras de vinculação destes indivíduos ao longo da vida, levando a que procurem confiar apenas em si perante situações geradoras de stresse e evitem repetidamente o suporte do outro nestes

momentos (Shaver & Mikulincer, 2002). Estas estratégias caracterizam-se ainda pela procura gradual dos indivíduos em anular pensamentos, emoções ou vivências de stresse (Mikulincer et al., 2003). A maneira que os indivíduos com VE têm para lidar com situações de stresse é evitando-as, isto é, evitam confrontar-se com os acontecimentos geradores de sofrimento emocional, reduzindo a probabilidade de terem de lidar com estas vivências sozinhos (Garrison et al., 2012). As “estratégias hiperativas” são utilizadas por indivíduos com VA e têm o propósito de aproximar os outros de si, fazendo com que atendam às suas necessidades, pois vivenciaram respostas inconsistentes das figuras de vinculação (e.g. abandono por parte destas como forma de controlar os seus comportamentos exploratórios) (op. cit.). Verifica-se a exibição exagerada de reações emocionais negativas procurando a atenção dos outros (op. cit.). A insegurança resulta na ansiedade de separação e na atitude de dependência destes indivíduos (Mikulincer et al., 2003). Sentem-se incapazes de regular o seu estado emocional e dependentes do apoio de outros perante situações geradoras de stresse, o que leva a que procurem incessantemente manter os parceiros emocionais perto de si (op. cit.).

Cooper, Shaver e Collins (1998) sugerem que adolescentes com estilo de VA evidenciam maiores dificuldades na capacidade adaptativa e adolescentes com VA e VE demonstram maiores sintomas de depressão. Acrescentando os últimos como tendo mais dificuldade nas competências sociais e nas relações românticas (op. cit.). Sharpe et al. (1998) sugerem níveis mais elevados de preocupação com o peso, maior risco no desenvolvimento de PCA e menor autoestima em indivíduos com vinculação insegura (VI) (i.e. VA ou VE) comparativamente a outros com VS. Troisi, Massaroni e Cuzzolaro (2005) verificaram a presença do estilo de VI em mulheres com PCA quando comparadas com mulheres saudáveis. Ringer e Crittenden (2007) concluíram que mulheres com PCA apresentavam VA.

Wilkinson et al. (2010) defendem que os indivíduos com PIC fazem uma regulação externa dos afetos, procurando atenuar a ansiedade associada às relações de vinculação pobres. Os autores indicam que a ingestão compulsiva associa-se à VA no adulto mediando a relação entre este estilo de vinculação e o IMC, defendendo que estudos futuros devem considerar o estilo de VA como preditor do aumento de peso. Verificaram ainda maior vulnerabilidade a acontecimentos de vida stressores em indivíduos com um estilo de VA (op. cit.). Surcinelli, Rossi, Montebrocchi e Baldaro (2010) concluíram que a VS associa-se a melhor saúde mental e diminuição da vulnerabilidade psicopatológica. O estilo de VI está associado a níveis mais elevados de depressão e ansiedade (op. cit.).

McWilliams e Bailey (2010) realizaram um estudo pioneiro onde procuraram compreender a associação entre a vinculação no adulto e diversas condições de saúde.

Concluíram que o estilo de VI é um fator de risco no surgimento de doenças crónicas e não-crónicas, e, comparadas a VE e VA, a segunda está mais fortemente associada a piores condições de saúde (op. cit.). Os autores reforçam a pertinência de mais estudos sobre a influência da vinculação no desenvolvimento de condições de saúde específicas.

Sexualidade: Satisfação sexual

A sexualidade está presente na vida dos indivíduos sendo transversal às fases do seu desenvolvimento, abarcando o ato sexual e a forma como nos exprimimos (Gonçalves, 2006). Segundo Ravagni (2007, cit. por Tapadinhas & Refoios, 2012) a sexualidade humana, tendo em conta o projeto de vida de cada um, constitui além do ato sexual ou prazer, uma forma de ser, crescer e amadurecer ao nível psicológico e somático, integrando os aspetos socioculturais. Riley (1997) defende a satisfação sexual como um aspeto importante do comportamento sexual interpessoal. Para o autor a satisfação sexual engloba a dimensão fisiológica e a psicológica, a primeira caracteriza-se pela satisfação sexual obtida com os aspetos sensuais da interação sexual e pelo alívio através do orgasmo da tensão sexual proporcionada (op. cit.). A segunda traduz-se nos aspetos emocionais ocorridos durante a interação (op. cit.). Se para o sexo masculino a dimensão fisiológica parece mais importante na satisfação sexual, as mulheres defendem a dimensão psicológica privilegiando a qualidade da relação (op. cit.). Também para Dundon e Rellini (2010) a satisfação sexual é um fenómeno complexo influenciado por múltiplos fatores biológicos e psicológicos. Haavio-Mannila e Kontula (1997) acrescentam a influência das características, comportamentos e emoções do parceiro na satisfação sexual.

A literatura sobre a satisfação sexual, mais precisamente, a relação que esta estabelece com outras variáveis inerentes ao ser humano, indica uma correlação negativa entre esta e os aspetos psicológicos como o stresse ou a depressão (Castellini et al., 2010). Outros autores procuraram compreender a relação entre a satisfação sexual e a vinculação sugerindo que os indivíduos com maiores níveis de vinculação ansiosa e evitante reportavam menores níveis de satisfação sexual (Butzer & Campbell, 2008).

As perturbações sexuais surgem em qualquer idade, podendo ser primárias ou secundárias (Moreira, 2003). As disfunções sexuais caracterizam-se pelo bloqueio orgânico e/ou psicológico numa das fases de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) e levam à interrupção total ou parcial da resposta psicofisiológica (op. cit.). Pujols, Meston e Seal (2010) concluíram que o funcionamento sexual está fortemente associado à satisfação sexual assim, quanto maior o grau de funcionamento sexual maior a satisfação sexual.

Kaufman (1997) assinala a dificuldade na aproximação e intimidade sexual dos obesos, pela pouca confiança que sentem face ao aspeto do próprio corpo o que gera dificuldades em aceitar que outros se sintam atraídos por eles. Para o autor os obesos tendem a oprimir a sua sexualidade, evitando ser objeto de desejo do outro, servindo a gordura como escudo protetor entre o indivíduo obeso e os outros, ajudando o primeiro a negar a sua sexualidade. Tapadinhas e Refoios (2012) referem que a prática clínica indica a enunciação de dificuldades sexuais e insatisfação sexual por parte dos doentes obesos. Acrescentando para o sexo masculino baixa satisfação sexual, disfunção erétil e problemas penianos ao nível vascular (op. cit.). Araújo, Brito, Ferreira, Petribú e Mariano (2009) corroboram sugerido que a função sexual é um fator importante na qualidade de vida da maior parte dos homens adultos independentemente do IMC. No entanto, homens com obesidade mórbida deparam-se frequentemente com problemáticas associadas à qualidade de vida sexual como disfunções sexuais que comprometem a ereção, a ejaculação, o orgasmo, o desejo sexual e outras limitações consequência do preconceito social, massa corpórea e mobilidade (op. cit.). Estes indivíduos têm maior pré-disposição no desenvolvimento da disfunção erétil pois algumas das comorbilidades da obesidade (e.g. diabetes; doenças cardiovasculares) e estilos de vida (e.g. sedentarismo) são fatores de risco na disfunção erétil (op. cit.).

Esposito, Giugliano, Citola, De Sio, D'Armiento & Giugliano (2008) verificaram que homens com IMC superior a $28,7 \text{ kg/m}^2$ têm um risco maior para sofrer disfunção erétil comparados com outros de IMC normal ($\leq 25 \text{ kg/m}^2$). Sendo os indivíduos com disfunção erétil tendencialmente mais pesados e de maior cintura comparados àqueles sem disfunção erétil (op. cit.). Kolotkin, Binks, Crosby, Ostbye, Gress & Adams (2006) acrescentam que as mulheres reportam pior qualidade de vida sexual comparadas com o sexo masculino contudo os resultados sugerem menor satisfação sexual em indivíduos obesos (op. cit.). Contrariamente aos anteriores, Adolfsson, Elofsson, Rössner e Undén (2004) ou Pujols et al. (2010) não encontraram diferenças na satisfação sexual entre obesos e indivíduos com peso normal.

Esposito et al. (2007) caracterizam a Disfunção Sexual Feminina (DSF) pelas mudanças psicofisiológicas associadas ao ciclo de resposta sexual da mulher, incluindo as perturbações no desejo sexual, excitação, orgasmo e dor. Estes verificaram que a obesidade afeta as funções sexuais como a excitação, a lubrificação, a satisfação e o orgasmo, no entanto não afeta o desejo e a dor (op. cit.). O estudo de Kadioglu et al. (2010) não encontrou relações significativas entre a obesidade e a DSF levando os autores a sugerirem que a obesidade pode não ser um fator de risco no desenvolvimento de disfunções sexuais no sexo feminino. Para os

autores, a ideia de que os obesos têm menos interesse sexual, são menos atraentes e menos capazes de desenvolver relações sexuais satisfatórias comparados a indivíduos com peso normal, continua a ser discutível (op. cit.). Mostrando-se pertinente o desenvolvimento de estudos que procurem compreender a relação entre a obesidade e a satisfação sexual. Consequentemente, com o aumento da prevalência da obesidade e das disfunções sexuais em obesos, os quais apresentam riscos acrescidos nas perturbações ao nível sexual, Araújo et al. (2009) reforçam a necessidade de mais estudos no âmbito da qualidade de vida sexual, nomeadamente na exploração da satisfação sexual.

Conclusão

A obesidade tem sofrido um aumento exponencial em todo o mundo (Bersh, 2006) sendo uma doença crónica com múltiplas comorbilidades (WHO, 2011) e fatores de risco (Matos & Zanella, 2002). A literatura evidencia a forte presença de PCA em doentes obesos (Vidal & García-Mayor, 2009; Darby et al., 2007) referindo a PIC como uma resposta frequentemente utilizada por estes face às dificuldades emocionais (Rebelo & Leal 2007; Bernardi et al., 2005; Santamaría et al., 2009). Outros estudos evidenciam a relação entre os estilos de vinculação e as PCA, sugerindo que a VI caracterizada pelos estilos de VA e VE é característica dos indivíduos com PCA (Wilkinson et al., 2010; Zachrisson & Skårderud, 2010; Bamford & Halliwell, 2009; Tasca et al., 2009). As PCA são apontadas enquanto comportamentos disfuncionais, que procuram compensar disfunções intrapessoais (Bernardi et al., 2005; Rebelo & Leal, 2007; Santamaría et al., 2009; Bodenlos et al., 2011) as quais se estendem a dimensões interpessoais e afetam diversos contextos de vida, nomeadamente as relações sociais e de intimidade (Kaufman, 1997; Bernardi et al., 2005; Kolotkin et al., 2006). Assinalando-se assim a influência das PCA no comportamento e resposta sexual (Kaufman, 1997; Lemos, 2005), sendo mesmo defendida a ingestão alimentar enquanto um ato prazeroso, o qual, em alguns casos substitui o próprio prazer sexual (Ribeiro, 2008). Contudo, alguns autores enaltecem a importância de novos estudos entre as PCA e a sexualidade (Costa et al., 2010).

Os obesos demonstram níveis de sofrimento psicoemocional relevantes (Tosetto & Júnior, 2008; Darby et al., 2007; Luppino et al., 2010; Sutin et al., 2011), os quais parecem associar-se aos estilos de VI (Surcinelli et al., 2010) e a menores níveis de satisfação sexual (Castellini et al., 2010). Por sua vez, os estilos de VI, nomeadamente VA e VE aparecem relacionados com menor satisfação sexual (Butzer & Campbell, 2008).

A sexualidade é transversal às etapas do desenvolvimento e uma condição inerente e importante na qualidade de vida dos indivíduos (Gonçalves, 2006) contudo parece ser comum nos obesos a dificuldade nas vivências sexuais (Kaufman, 1997) bem como a enunciação de problemas relacionados com a sexualidade e insatisfação sexual (Tapadinhas & Refoios, 2012; Esposito et al., 2008; Kolotkin et al., 2006). Aspetos refutados por outros autores, para os quais continua a ser discutível a ideia de que os obesos desenvolvem relações sexuais menos satisfatórias (Kadioglu et al., 2010). Sendo reforçada a importância de novos estudos no âmbito da qualidade de vida sexual, quer pelas inconsistências literárias quer pelo aumento contínuo da prevalência da obesidade e disfunções sexuais em obesos (Araújo et al., 2009).

Referências

- Adolfsson, B., Elofsson, S., Rössner, S., & Undén, A. (2004). Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study. *Obesity Research*, 12, 1702-1709.
- Almeida, J. (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Araújo, A., Brito, A., Ferreira, M., Petribú, K., & Mariano, M. (2009). Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 36 (1), 42-48.
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., & Moreau, C. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *British Medical Journal*, 340, 1-9.
- Bamford, B., & Halliwell, E. (2009). Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non-clinical female population. *Eating Disorders Review*, 17, 371-379.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Trastornos Asociados a la Vejez*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1), 85-93.

- Bersh, S. (2006). La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 35 (4), 537-546.
- Björntorp, P. (2001). Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities?. *Obesity Review*, 2, 73-86.
- Bodenlos, J., Lemon, S., Schneider, K., August M., & Pagoto, S. (2011). Associations of mood and anxiety disorders with obesity: Comparisons by ethnicity. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 319-324.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Butzer, B., & Campbell (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 141-154.
- Carmo, I. (2008). Obesidade, a “epidemia global”. In I. Carmo, O. Camolas, & J. Vieira (Eds.), *Obesidade em Portugal e no Mundo* (pp. 15-27). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J., & Galvão-Teles, A. (2007). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *The International Association For The Study of Obesity*, 9, 11-19.
- Cairney, J., Corna, L., Veldhuizen, S., Kurdyak, P., & Streiner, D. (2008). The social epidemiology of affective and anxiety disorders in later life in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (2), 104-111.
- Castellini, G., Mannucci, E., Mazzei, C., Lo Sauro, C., Faravelli, C., Rotella, C., Maggi, M., & Ricca, V. (2010). Sexual function in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 1-10.
- Coelho, R., Sousa, S., Laranjo, M., Monteiro, A., Bragança, G., & Carreiro, H. (2008). Excesso de peso e obesidade: Prevenção na escola. *Acta Médica Portuguesa*, 21 (4), 341-344.
- Cooper, M., Shaver, P., & Collins, N. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (5), 1380-1397.
- Costa, R., Machado, S., & Cordás, T. (2010). Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno de compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (1), 27-31.

- Darby, A., Hay, P., Mond, J., Quirk, F., Buttner, P., & Kennedy, L. (2009). The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995-2005. *International Journal of Eating Disorders, 42* (2) 104-108.
- Darby, A., Hay, P., Mond, J., Rodgers, B., & Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International Journal of Obesity, 31*, 876-882.
- Dundon, C., & Rellini, A. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 896-904.
- Dunker, K., & Philippi, S. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição, 16* (1), 51-60.
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., Cobellis, L., & De Sio, M. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research, 19*, 352-357.
- Esposito, K., Giugliano, F., Ciotola, M., De Sio, M., D'Armiento, M., & Giugliano, D. (2008). Obesity and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research, 20*, 358-365.
- Ferreira, F., & Pinho, P. (2010). *Psicanálise e teoria da vinculação*. Consultado em 16 de Janeiro de 2012 através de <http://www.psicologia.pt>
- Filho, D. (2008). Obesidade. In F. Nóbrega (Eds.), *O que você quer saber sobre nutrição: Perguntas e respostas comentadas* (399- 414). São Paulo: Manole.
- Garipey, G., Nitka, D., & Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity, 34*, 407-419.
- Garrinson, A., Kahn, J., Sauer, E., & Florczak, M. (2012). Disentangling the effects of depression symptoms and adult attachment on emotional disclosure. *Journal of Counseling Psychology, 59* (2), 230-239.
- Giordani, R. (2008). A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: Uma abordagem sociológica. *Psicologia & Sociedade, 18* (2), 81-88.
- Gonçalves, S. (2006). *Para além da doença: Sobreviventes de cancro do cólon e recto satisfação sexual, auto eficácia e coping*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior, 26* (4), 399-419.
- Haslam, D., & James, W. (2005). Obesity. *Lancet, 366*, 1197-1209.

- Hays, N., Bathalon, G., McCrory, M., Roubenoff, R., Lipman, R., & Roberts, S. (2002). Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 75, 476-483.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.
- Hunte, H., & Williams, D. (2009). The association between perceived discrimination and obesity in a population-based multiracial and multiethnic adult sample. *American Journal of Public Health*, 99 (7), 1285-1292.
- Kadioglu, P., Yetkin, D., Sanli, O., Yalin, A., Onem, K., & Kadioglu, A. (2010). Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *Journal Compilation*, 106, 1357-1361.
- Kasen, S., Cohen, P., Chen, H., & Must, A. (2008). Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *International Journal of Obesity*, 32, 558-566.
- Kaufman, A. (1997). Aspectos psicodinâmicos da obesidade. In R. Júnior, A. Meleiro, R. Marchetti, & S. Júnior (Eds.), *Psiquiatria e Psicologia no hospital geral: Integrando especialidades* (pp. 101-111). São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos.
- Kolotkin, R., Binks, M., Crosby, R., Ostbye, T., Gress, R., & Adams, T. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 14 (3), 472-479.
- Kulie, T., Slattengren, A., Redmer, J., Counts, H., Eglash, A., & Schragger, S. (2011). Obesity and women's health: An evidence-based review. *Obesity and Women's Health*, 24 (1), 75-85.
- Lemos, I. (2005). Bulimia e anorexia: Patologias da falta e do excesso. *Mental: Revista de Saúde Mental e Subjectividade da UNIPAC*, 3 (5), 81-89.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.
- Luppino, F., Wit, L., Bouvy, P., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B., & Zitman, F. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67 (3), 220-229.
- Matos, M., & Zanella, M. (2002). Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Revista da ABESO*, 3 (9). Consultado em 26 de Novembro de 2011 através de <http://www.abeso.org.br>

- McWilliams, L., & Bailey, S. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the national comorbidity survey replication. *Health Psychology, 29* (4), 446-453.
- Mikulincer, M., Shaver, P., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27* (2), 77-102.
- Moreira, A. (2003). Disfunções sexuais masculinas: Definição, Classificação e Incidência. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Vaz. (Eds.), *A Sexologia: Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 291-357). Coimbra: Quarteto.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2006). *An introduction to health psychology*. Harlow: Pearson.
- Pujols, Y., Meston, C., & Seal, B. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The Journal of Sexual Medicine, 7*, 905-916.
- Rebello, A., & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica, 3* (25), 467-477.
- Refoios, S. (no prelo). Vinculação e sexualidade. *Psicologia da Actualidade*.
- Ribeiro, V. L. (2008). *Obesidade e função sexual*. Consultado em 11 de Janeiro de 2012 através de <http://www.psicologia.com.pt>
- Riley, A. (1997). Sexual behavior. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology: Health and Medicine* (pp. 162-165). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Ringer, F., & Crittenden, P. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review, 15*, 119-130.
- Santamaría, A., Vásquez, I., Caballero, D., & Rodríguez, C. (2009). Eating habits and attitudes and their relationship with Body Mass Index (BMI). *European Journal of Psychiatry, 23* (4), 214-224.
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B., Belik, S-L., Clara, I., & Stein, M. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine, 166*, 2109-2116.
- Scott, K., Bruffaerts, R., Simon, G., Alonso, J., Angermeyer, M., Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Karam, E., Kessler, R., Levinson, D., Medina, M., Oakley, M., Ormel, J., Villa, J., Uda, H., & Korff, M. (2008). Obesity and mental

- disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity*, 32, 192-200.
- Shaver, P., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133-161.
- Sharpe, T., Killen, J., Bryson, S., Shisslak, C., Estes, L., Gray, N., Crago, M., & Taylor, B. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 39-44.
- Sichieri, R., & Souza, R. (2008). Estratégias para prevenção da obesidade em criança e adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (2), 209-234.
- Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanocci, O., & Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: Examining the mediating role of personality traits. *The Journal of Psychology*, 144 (6), 523-534.
- Sutin, A., Ferrucci, L., Zonderman, A., & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101 (3), 579-592.
- Tapadinhas, A. (2009). *Comportamento alimentar, qualidade de vida e personalidade em pessoas obesas: Um estudo na população portuguesa*. Tese de doutoramento apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Tapadinhas, A., & Pais-Ribeiro, J. (2008, Janeiro). *Avaliação psicológica na obesidade: A relevância da personalidade*. Apresentado no 7º Congresso de Psicologia da Saúde, Porto.
- Tapadinhas, A., & Refoios, S. (2012). Obesidade e Sexualidade. *Psicologia da Actualidade*, 6, 91-.
- Tasca, G., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Natasha Demidenko, N., Kryanski, V., Balfour, L., & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47, 662-667.
- Tavares, M., Fortunado, J., & Moreira, A. (2000). Stress: Respostas fisiológicas e fisiopatológicas. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (2), 51-65.
- Tosetto, A., & Júnior, C. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Medicina Ribeirão Preto*, 41 (4), 497-507.

- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 89-97.
- Vargas, A., Rojas-Ruiz, M., Román, S., & Salín-Pascual, R. (2003). Development of bulimia nervosa after bariatric surgery in morbid obesity patients. *Salud mental, 26* (5), 28-32.
- Vaz, A., Conceição, E., & Machado, P. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica, 2* (27), 189-197.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica, 4* (20), 611-624.
- Vidal, A., & García-Mayor, V. (2009). Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutrición Hospitalaria, 24* (6), 661-666.
- Wit, L., Luppino, F., Straten, A., Penninx, B., Zitman, F., & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research, 178*, 230-235.
- Wit, L., Straten, A., Herten, M., Penninx, B., & Cuijpers, P. (2009). Depression and body mass index, a u-shaped association. *BMC Public Health, 9* (14).
- Wilkinson, L., Rowe, A., Bishop, R., & Brunstrom, J. (2010). Attachment anxiety, disinhibited eating, and body mass index in adulthood. *International Journal of Obesity, 32*, 1442-1445.
- World Health Organization (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Technical Report Series, 916*, 1-149.
- World Health Organization (2012). *Depression: What is depression?* Consultado em 16 de Janeiro de 2012 através de <http://www.who.int>
- World Health Organization (2011). *Obesity and overweight*. Consultado em 15 de Novembro de 2011 através de <http://www.who.int>
- Zachrisson, H., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *Eating Disorders Review, 18*, 97-106.
- Zachrisson, H., Vedul-Kjelsas, E., Götestam, K., & Mykletun, A. (2008). Time trends in obesity and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 41* (8), 673-680.

Anexo B: Caracterização da amostra

Anexo B₁

Quadro 1: Caracterização da variável género

	N (Frequência)	Percentagem (%)
Total	338	100,0%
Masculino	87	25,7%
Feminino	251	74,3%

Anexo B₂

Quadro 2: Caracterização da variável idade

	N	M (Média)	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	338	31,00	10,54	18	65

Anexo B₃

Quadro 3: Caracterização das variáveis altura e peso

	N	M (Média)	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Altura	338	1,66	0,08	1,44	1,96
Peso	338	77,34	22,38	44,00	172,20

Anexo B₄

Quadro 4: Caracterização da variável distrito

Distritos	Frequência	Percentagem (%)
Açores	8	2,4
Aveiro	8	2,4
Beja	1	0,3
Braga	11	3,3
Bragança	2	0,6
Castelo Branco	18	5,3
Coimbra	19	5,6
Évora	3	0,9
Faro	46	13,6
Guarda	2	0,6
Leiria	8	2,4
Lisboa	86	25,4
Madeira	28	8,3
Portalegre	2	0,6
Porto	59	17,5
Santarém	4	1,2
Setúbal	23	6,8
Viana do Castelo	2	0,6

Vila Real	1	0,3
Viseu	7	2,1
Total	338	100,0

Anexo B₅

Quadro 5: Caracterização da variável estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem Acumulada (%)
Solteiro(a) sem parceiro sexual	55	16,3	16,3
Solteiro(a) com parceiro sexual	148	43,8	60,1
Casado(a) / União de facto	115	34,0	94,1
Separado(a)/ Divorciado(a)	16	4,7	98,8
Viúvo(a)	4	1,2	100,0
Total	338	100,0	

Anexo B₆

Quadro 6: Caracterização da variável IMC

Grupos	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem Acumulada (%)
Grupo I	34	10,1	10,1
Grupo II	124	36,7	46,7
Grupo III	120	35,5	82,2
Grupo IV	60	17,8	100,0
Total	338	100,0	

Anexo B₇

Quadro 7: Caracterização descritiva da realização de cirurgia bariátrica

Cirurgia Bariátrica	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem Acumulada (%)
Banda Gástrica	8	2,4	17,0
Bypass Gástrico	27	8,0	74,5
Sleeve	10	3,0	95,7
Outras	2	0,6	100,0
Total	47	13,9	

Anexo C: Questionário Sociodemográfico e Clínico

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

As suas respostas vão contribuir para uma melhor compreensão sobre a forma como as pessoas lidam com o excesso de peso. Por isso gostaríamos de saber alguns dados a seu respeito, sem que isso quebre o sigilo da sua identidade. Por favor preencha o melhor que for capaz, sem deixar nenhuma questão em branco, fazendo uma cruz no número que corresponde à sua escolha.

- 1 - O sexo a que pertence? 1. Masculino 2. Feminino
2. A sua Idade: _____ Anos
3. A Localidade (Concelho) onde reside: _____
4. O seu Estado Civil actual?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Solteiro/a sem parceiro/a sexual. | <input type="checkbox"/> 4. Separado/a / Divorciado/a. |
| <input type="checkbox"/> 2. Solteiro/a com parceiro/a sexual. | <input type="checkbox"/> 5. Viúvo/a. |
| <input type="checkbox"/> 3. Casado/a / União de facto. | <input type="checkbox"/> 6. Outro (especifique) _____ |
5. Qual a sua Orientação Sexual: 1. Heterossexual 2. Homossexual 3. Bissexual
6. Tem Filhos? 1. Sim 2. Não
- 7 Como considera o seu Suporte Social?
1. Muito Bom 2. Bom 3. Razoável 4. Mau 5. Muito Mau 6. Nenhum
8. Em termos profissionais presentemente encontra-se:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Empregado/a | <input type="checkbox"/> 4. Trabalha em casa |
| <input type="checkbox"/> 2. Desempregado/a | <input type="checkbox"/> 5. De Baixa |
| <input type="checkbox"/> 3. Reformado/a | <input type="checkbox"/> 6. Outros Especifique _____ |
9. Qual o último ano de escolaridade que concluiu? _____
10. Qual a sua Altura? _____
11. Qual o seu Peso actual? _____
12. Com que idade considera que começou a ter um aumento significativo de peso? _____ Anos

13. Sofre de alguma doença crónica (por exemplo: Diabetes, Hipertensão, ou outras)?

1. Sim 2. Não

Se SIM diga qual (ou quais): _____

14. Já foi submetido a Cirurgia Bariátrica? 1. Sim 2. Não

Se SIM diga qual ou quais:

- Banda Bypass Sleeve Outra (diga Qual) _____

Se SIM diga quando: _____

15. Se já foi sujeito a cirurgia Bariátrica, qual o seu peso inicial? _____

16. Já iniciou a sua actividade sexual? 1. Sim 2. Não

17. Com que idade iniciou a sua actividade sexual? _____Anos

18. Qual o número de parceiros/as sexuais nos últimos 12 meses? _____

19. Já experienciou algum orgasmo? 1. Sim 2. Não

20. Qual o número de parceiros/as emocionais nos últimos 12 meses? _____

21. Já conheceu algum parceiro/a sexual através da internet? 1. Sim 2. Não

Se SIM diga quantos: _____

22. Considera a sexualidade importante para o seu equilíbrio pessoal?

1. Muito Importante 2. Importante 3. Não muito Importante 4. Nada Importante

23. Nos últimos 12 meses recorreu à utilização do preservativo?

1. Sempre 2. Quase Sempre 3. Algumas Vezes 4. Raramente 5. Nunca

24. Considera ser ou ter sido sexualmente infiel ao/à seu/sua parceiro/a? 1. Sim 2. Não

25. Considera ter dificuldades na intimidade com o/a seu/sua parceiro/a? 1. Sim 2. Não

26. Sofreu algum tipo de abuso sexual na infância e/ou adolescência? 1. Sim 2. Não

27. Sofreu algum tipo de maus tratos na infância e/ou adolescência? 1. Sim 2. Não

28. Sofreu ou sofre de maus tratos na vida adulta? 1. Sim 2. Não

29. Sofreu ou sofre algum tipo de discriminação social relacionado com a obesidade? 1. Sim 2. Não

30. Sentiu-se ou sente-se limitado nas suas actividades diárias devido à obesidade e aos seus problemas de saúde? 1. Sim 2. Não

Obrigado pela sua colaboração

Anexo D: EAT-26 (Versão Portuguesa de Tapadinhas, A., 2011)

ESCALA DE ATITUDES NA INGESTÃO ALIMENTAR

Instruções: Esta escala ajuda a avaliar se sofre de alguma perturbação do comportamento alimentar que precise de intervenção profissional. Não pretende fazer um diagnóstico ou substituir a intervenção de um profissional de saúde. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor preencha de forma honesta as seguintes afirmações de acordo com o que se aplica à sua forma de funcionar habitualmente:

Sempre	Habitualmente	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Procure a resposta adequada para as seguintes afirmações:	1	2	3	4	5	6
1. Fico apavorado/a com o excesso de peso.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida.						
4. Tive alturas de ingestão compulsiva em que senti que não era capaz de parar.						
5. Corto a minha comida em pequenos pedaços.						
6. Controlo as calorias dos alimentos que como.						
7. Evito particularmente alimentos com elevado teor de hidratos de carbono (ex.: pão, arroz, batatas, massa).						
8. Sinto que os outros preferiam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpado/a depois de comer.						
11. Estou preocupado/a com o desejo de ser mais magro/a.						
12. Penso em queimar calorias quando faço exercício.						
13. Os outros pensam que estou demasiado magro/a.						
14. Preocupa-me com a ideia de ter gordura no meu corpo.						
15. Levo mais tempo que os outros a comer as minhas refeições.						
16. Evito alimentos que tenham açúcar.						
17. Como alimentos dietéticos.						
18. Sinto que a comida controla a minha vida.						
19. Mostro autocontrolo em relação à comida.						
20. Sinto que os outros me pressionam a comer.						
21. Passo demasiado tempo a pensar em comida.						
22. Sinto-me indisposto depois de comer doces.						
23. Ocupo-me com comportamentos dietéticos.						
24. Gosto do meu estômago vazio.						
25. Tenho desejo de vomitar depois das refeições.						
26. Gosto de experimentar comidas novas saborosas.						

(EAT-26, Garner et al., 1982 – versão portuguesa de Tapadinhas, A.R., 2011)

Anexo D₁

Quadro 8: Valores de estatística descritiva obtida pela amostra no EAT-26

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Média da escala original
EAT-26 medida total	338	0,00	47,00	11,53	8,57	9,9
Subescala da dieta	338	0,00	29,00	7,21	6,01	7,1
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	338	0,00	13,00	1,63	2,23	1,0
Subescala do controlo oral	338	0,00	14,00	2,68	2,75	1,9

Anexo E: Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS–21)

EDAS-21

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 a cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – Não se aplicou a mim	2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
1 – Aplicou-se a mim algumas 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/a.	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado/a e melancólico/a.	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/a sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Obrigado pela sua participação

Anexo E₁

Quadro 9: Valores de estatística descritiva obtida pela amostra no EADS-21

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Depressão	338	0,00	20,00	4,07	4,34
Ansiedade	338	0,00	18,00	2,77	3,31
Stresse	338	0,00	20,00	5,55	4,30

Anexo F: Escala de Satisfação Sexual (Refoios, S., & Tapadinhas, A., 2010)

Escala de Satisfação Sexual

Instruções: Pense na sua vida sexual durante os últimos meses. Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau de satisfação face aos seguintes aspectos. Não existem respostas certas nem erradas. Marque com um X a opção de resposta que melhor descreve a sua situação, utilizando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nada Satisfatória	Pouco Satisfatória	Moderadamente Satisfatória	Muito Satisfatória	Extremamente Satisfatória

1. A intensidade da minha excitação sexual.	1	2	3	4	5
2. A qualidade dos meus orgasmos.	1	2	3	4	5
3. A minha permissão e entrega ao prazer sexual durante o sexo.	1	2	3	4	5
4. O meu foco, a minha concentração durante a actividade sexual.	1	2	3	4	5
5. A forma como reajo sexualmente ao/à meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
6. O funcionamento sexual do meu corpo.	1	2	3	4	5
7. A minha abertura emocional face ao sexo.	1	2	3	4	5
8. A minha disposição/humor após a actividade sexual.	1	2	3	4	5
9. A frequência dos meus orgasmos.	1	2	3	4	5
10. O prazer que proporciono ao/à meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
11. O equilíbrio entre o que dou e o que recebo no sexo.	1	2	3	4	5
12. A abertura emocional do/a meu/minha parceiro/a durante o sexo.	1	2	3	4	5
13. O ser o/a meu/minha parceiro/a a iniciar a actividade sexual.	1	2	3	4	5
14. A capacidade de orgasmo do/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
15. A entrega do/a meu/minha parceiro/a ao prazer sexual.	1	2	3	4	5
16. A forma como o/a meu/minha parceiro/a cuida das minhas necessidades sexuais.	1	2	3	4	5
17. A criatividade sexual do/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
18. A disponibilidade sexual do/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
19. A variedade das minhas actividades sexuais.	1	2	3	4	5
20. A frequência da minha actividade sexual.	1	2	3	4	5

Anexo F₁

Quadro 10: Valores de estatística descritiva obtida pela amostra no NSSS

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Média da escala original
Satisfação sexual Egocentrada	337	9,00	45,00	34,69	6,98	37,41
Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual	337	9,00	45,00	34,20	7,02	35,79
Satisfação sexual global	337	18,00	90,00	68,89	12,75	72,96

Anexo G: Questionário de Experiências em Relações Próximas – Revisto (ECR – R)

Questionário de Experiências em Relações Próximas - Revisto

Instruções: As afirmações seguintes referem-se a como se sente, geralmente, na sua relação com o/a seu/sua parceiro/a (namorado/a, marido, mulher). Por favor responda a cada afirmação indicando quanto você discorda ou concorda com as afirmações. Não existem respostas certas nem erradas. Por favor, marque com um X a opção de resposta que melhor descreve como se sente.

1	2	3	4	5	6	7
<i>Discordo Completamente</i>	<i>Discordo Moderadamente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Não concordo nem discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo Moderadamente</i>	<i>Concordo Completamente</i>

1. Tenho medo de vir a perder o amor do/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5	6	7
2. Frequentemente preocupo-me que o/a meu/minha parceiro/a não queira ficar comigo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Frequentemente preocupo-me que o/a meu/minha parceiro/a não me ame de verdade.	1	2	3	4	5	6	7
4. Preocupa-me que os/as meus/minhas parceiros/as românticos/as não cuidem de mim da mesma forma como cuido deles.	1	2	3	4	5	6	7
5. Frequentemente desejo que os sentimentos do/a meu/minha parceiro/a por mim sejam tão fortes como os sentimentos que tenho por ele/a.	1	2	3	4	5	6	7
6. Preocupo-me bastante com os meus relacionamentos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Quando o/a meu/minha parceiro/a está "fora de vista", preocupo-me que possa interessar-se por outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
8. Quando demonstro os meus sentimentos aos/as parceiro/as românticos/as, tenho receio que eles/as não sintam o mesmo por mim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Raramente me preocupo que o/a meu/minha parceiro/a me possa deixar	1	2	3	4	5	6	7
10. O/a meu/minha parceiro/a romântico faz-me duvidar de mim.	1	2	3	4	5	6	7
11. Frequentemente não me preocupa poder ser abandonado/a.	1	2	3	4	5	6	7
12. Acho que o/a meu/minha parceiro/a não quer estar tão próximo/a quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
13. Por vezes os/as parceiros/as românticos/as modificam os seus sentimentos por mim sem nenhuma razão aparente.	1	2	3	4	5	6	7
14. O meu desejo de muita proximidade, por vezes afugenta as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
15. Tenho medo de que ao conhecer-me o/a meu/minha parceiro/a não goste de mim como realmente sou.	1	2	3	4	5	6	7
16. Fico zangado/a quando não tenho o afecto e apoio que necessito por parte do/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5	6	7
17. Preocupo-me não estar ao mesmo nível de outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
18. Parece que o/a meu/minha parceiro/a só repara em mim quando estou zangado/a.	1	2	3	4	5	6	7
19. Prefiro não mostrar ao/a meu/minha parceiro/a como me sinto em baixo.	1	2	3	4	5	6	7
20. Sinto-me confortável em partilhar com o/a meu/minha parceiro/a os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos.	1	2	3	4	5	6	7

21. Acho difícil permitir-me depender dos/as meus/minhas parceiros/as românticos.	1	2	3	4	5	6	7
22. Sinto-me muito confortável em estar perto dos/as parceiros/as românticos.	1	2	3	4	5	6	7
23. Não me sinto confortável em expor-me aos/as parceiros/as românticos/as.	1	2	3	4	5	6	7
24. Prefiro não estar demasiado próximo(a) de parceiros/as românticos/as.	1	2	3	4	5	6	7
25. Sinto-me desconfortável quando um/a parceiro/a romântico/a quer ficar muito próximo.	1	2	3	4	5	6	7
26. Acho que é relativamente fácil ficar próximo(a) do/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5	6	7
27. Não é difícil para mim ficar próximo(a) do/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5	6	7
28. Habitualmente discuto os meus problemas e preocupações com o/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5	6	7
29. Em tempos de necessidade ajuda-me recorrer ao/à meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5	6	7
30. Eu partilho ao/à meu/minha parceiro/a quase tudo.	1	2	3	4	5	6	7
31. Eu falo sobre as coisas com o/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5	6	7
32. Fico nervoso/a quando os/as parceiros/as se aproximam demasiado de mim.	1	2	3	4	5	6	7
33. Sinto-me confortável em depender dos/as parceiros/as românticos/as.	1	2	3	4	5	6	7
34. Considero que é fácil depender de parceiros/as românticos/as.	1	2	3	4	5	6	7
35. É fácil para mim ser carinhoso/a com o/a meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5	6	7
36. O/a meu/minha parceiro/a realmente compreende-me e entende as minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo G₁

Quadro 11: Valores de estatística descritiva obtida pela amostra no ECR-R

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Estilo de vinculação ansioso	336	18,00	122,00	66,27	19,67
Estilo de vinculação evitante	336	18,00	103,00	51,38	16,34

Anexo H

Quadro 12: Valores de consistência interna dos instrumentos EAT-26, EADS-21, NSSS e ECR-R

		Alfa de Cronbach	Nº de itens
EAT-26	Subescala da dieta	0,76	13
	Subescala de bulimia e preocupação com a comida	0,64	6
	Subescala do controlo oral	0,64	7
	EAT-26 medida total	0,81	26
EADS-21	Depressão	0,90	7
	Ansiedade	0,83	7
	Stresse	0,89	7
NSSS	Satisfação sexual egocentrada	0,93	9
	Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual	0,92	9
	Satisfação sexual global	0,94	18
ECR-R	Estilo de vinculação ansioso	0,91	18
	Estilo de vinculação evitante	0,90	18

Anexo I: Folha do consentimento informado

Desde Já se Agradece a sua Disponibilidade em Colaborar.

Psicólogas, a realizar a investigação para a Tese de Mestrado em Psicologia, a estagiar na zona da capital numa Equipa Multidisciplinar com pessoas com Obesidade, pretendem desenvolver um estudo sobre a forma como os portugueses caracterizam a relação entre a obesidade e a sexualidade.

A orientação deste estudo é feita através do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário e pela Universidade da Beira Interior, pelos Professores Doutores Ana Rosa Tapadinhas e Henrique Pereira.

O seu testemunho é de extrema importância para que se possa ter uma noção de como as pessoas lidam com o excesso de peso e a influência que isso pode ter para a sua Sexualidade.

Os dados obtidos através dos questionários apresentados são absolutamente confidenciais, e têm como único fim a realização deste estudo.

Barbara Carvalho (UBI)
Sara Viveiros (ISPA-IU)
Telma Santos (ISPA-IU)

Anexo J: Resultados da estatística

Anexo J₁

Quadro 13: Valores de correlação entre o EAT-26 e o ECR-R para o Grupo I

EAT-26	ECR-R			
	Estilo de vinculação ansioso		Estilo de vinculação evitante	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EAT-26 medida total	0,02	0,88	-0,07	0,67
Subescala da dieta	0,02	0,87	-0,10	0,55
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	0,25	0,14	0,01	0,93
Subescala do controlo oral	-0,08	0,65	-0,01	0,94

Anexo J₂

Quadro 14: Valores de correlação entre o EAT-26 e o ECR-R para o Grupo II

EAT-26	ECR-R			
	Estilo de vinculação ansioso		Estilo de vinculação evitante	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EAT-26 medida total	0,08	0,33	0,03	0,70
Subescala da dieta	0,10	0,24	0,03	0,69
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	-0,02	0,74	0,07	0,40
Subescala do controlo oral	0,04	0,63	-0,02	0,78

Anexo J₃

Quadro 15: Valores de correlação entre o EAT-26 e o ECR-R para o Grupo IV

EAT-26	ECR-R			
	Estilo de vinculação ansioso		Estilo de vinculação evitante	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EAT-26 medida total	0,21	0,10	-0,18	0,16
Subescala da dieta	0,18	0,16	-0,14	0,26
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	0,36**	0,00	-0,10	0,42
Subescala do controlo oral	-0,06	0,63	-0,21	0,11

** . Correlação significativa para um nível de significância de 0,01 (bilateral)

Anexo J₄

Quadro 16: Valores de correlação entre o EAT-26 e o NSSS para o Grupo I

EAT-26	NSSS					
	Satisfação sexual Egocentrada		Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual		Satisfação sexual global	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EAT-26 medida total	0,09	0,59	0,17	0,32	0,14	0,42
Subescala da dieta	0,04	0,80	0,23	0,17	0,14	0,40
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	0,09	0,60	0,21	0,22	0,16	0,36
Subescala do controlo oral	0,07	0,69	-0,05	0,74	0,00	0,97

Anexo J₅

Quadro 17: Valores de correlação entre o EAT-26 e o NSSS para o Grupo III

EAT-26	NSSS					
	Satisfação sexual Egocentrada		Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual		Satisfação sexual global	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EAT-26 medida total	-0,04	0,62	-0,01	0,87	-0,03	0,72
Subescala da dieta	-0,05	0,58	-0,01	0,90	-0,03	0,71
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	-0,03	0,73	0,02	0,82	-0,00	0,94
Subescala do controlo oral	-0,01	0,88	-0,04	0,64	-0,03	0,73

Anexo J₆

Quadro 18: Valores de correlação entre o EAT-26 e o NSSS para o Grupo IV

EAT-26	NSSS					
	Satisfação sexual Egocentrada		Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual		Satisfação sexual global	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EAT-26 medida total	0,02	0,84	0,17	0,19	0,10	0,40
Subescala da dieta	-0,02	0,86	0,12	0,33	0,05	0,66
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	0,05	0,67	0,10	0,41	0,09	0,49
Subescala do controlo oral	0,11	0,39	0,22	0,09	0,18	0,15

Anexo J₇

Quadro 19: Valores de correlação entre o EAT-26 e o NSSS para o Grupo II

EAT-26	NSSS					
	Satisfação sexual Egocentrada		Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual		Satisfação sexual global	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EAT-26 medida total	-0,10	0,23	0,00	0,99	-0,06	0,49
Subescala da dieta	-0,18*	0,04	-0,05	0,52	-0,13	0,13
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	-0,10	0,23	-0,06	0,46	-0,09	0,28
Subescala do controlo oral	0,13	0,13	0,15	0,08	0,16	0,07

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0,05 (bilateral)

Anexo J₈

Quadro 20: Valores de correlação entre o EADS-21 e o NSSS para o Grupo III

EADS-21	NSSS					
	Satisfação sexual Egocentrada		Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual		Satisfação sexual global	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Depressão	-0,14	0,10	-0,29**	0,00	-0,24**	0,00
Ansiedade	-0,24**	0,00	-0,28**	0,00	-0,28**	0,00
Stresse	-0,18*	0,04	-0,18*	0,04	-0,20*	0,02

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0,05 (bilateral)

**. Correlação significativa para um nível de significância de 0,01 (bilateral)

Anexo J₉

Quadro 21: Valores de correlação entre o EADS-21 e o NSSS para o Grupo IV

EADS-21	NSSS					
	Satisfação sexual Egocentrada		Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual		Satisfação sexual global	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Depressão	-0,23	0,06	-0,17	0,18	-0,22	0,07
Ansiedade	-0,31*	0,01	-0,28*	0,02	-0,32*	0,01
Stresse	-0,14	0,25	-0,15	0,25	-0,16	0,20

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0,05 (bilateral)

Anexo J₁₀

Quadro 22: Valores de correlação entre o ECR-R e o NSSS para o Grupo III

NSSS	ECR-R			
	Estilo de vinculação ansioso		Estilo de vinculação evitante	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Satisfação sexual Egocentrada	-0,19*	0,03	-0,50**	0,00
Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual	-0,33**	0,00	-0,54**	0,00
Satisfação sexual global	-0,28**	0,00	-0,57**	0,00

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0,05 (bilateral)

**. Correlação significativa para um nível de significância de 0,01 (bilateral)

Anexo J₁₁

Quadro 23: Valores de correlação entre o ECR-R e o NSSS para o Grupo IV

NSSS	ECR-R			
	Estilo de vinculação ansioso		Estilo de vinculação evitante	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Satisfação sexual Egocentrada	-0,17	0,19	-0,39**	0,00
Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual	-0,28*	0,03	-0,44**	0,00
Satisfação sexual global	-0,25	0,05	-0,47**	0,00

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0,05 (bilateral)

**. Correlação significativa para um nível de significância de 0,01 (bilateral)

Anexo J₁₂

Quadro 24: Significância das diferenças entre os grupos I, II, III e IV para o EAT-26, EADS-21, NSSS e ECR-R

	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		Sig
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
EAT-26 medida total	7,85	4,75	9,48	6,81	12,79	9,60	15,35	9,48	0,000 *
Subescala da dieta	2,85	3,22	5,75	5,01	8,29	6,14	10,53	6,60	0,000 *
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	0,74	1,08	1,29	1,59	1,94	2,67	2,25	2,63	0,000 *
Subescala do controlo oral	4,26	3,04	2,44	2,55	2,56	2,98	2,57	2,27	0,006 *
Depressão	3,50	4,55	3,53	3,75	4,18	4,25	5,33	5,31	0,108
Ansiedade	2,62	3,23	2,32	3,03	2,93	3,04	3,52	4,24	0,196
Stresse	5,21	4,73	5,19	3,91	5,53	4,24	6,57	4,86	0,216
Satisfação sexual Egocentrada	35,97	5,47	35,45	6,52	34,28	7,01	33,22	8,36	0,127
Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual	36,47	5,37	35,01	6,28	33,71	7,17	32,23	8,44	0,014 *
Satisfação sexual global	72,44	10,29	70,46	11,50	67,98	12,95	65,45	15,15	0,028
Estilo de vinculação ansioso	65,71	19,32	66,06	19,16	65,50	20,47	68,63	19,60	0,785
Estilo de vinculação evitante	46,97	16,03	50,23	15,61	52,20	16,54	54,73	17,20	0,118

*. Diferença de médias significativa a um nível de 0,05

Anexo J₁₃

Quadro 25: Diferenças no EAT-26 na medida total

Grupos	N	Conjunto para <i>Alfa</i> = 0,05		
		1	2	3
Grupo I	34	7,85		
Grupo II	124	9,48	9,48	
Grupo III	120		12,79	12,79
Grupo IV	60			15,35
Sig.		0,67	0,10	0,29

Anexo J₁₄

Quadro 26: Diferenças no EAT-26 na Escala da Dieta

Grupos	N	Conjunto para <i>Alfa</i> = 0,05		
		1	2	3
Grupo I	34	2,85		
Grupo II	124		5,75	
Grupo III	120		8,29	8,29
Grupo IV	60			10,53
Sig.		1,00	0,05	0,10

Anexo J₁₅

Quadro 27: Diferenças no EAT-26 na Escala da bulimia e preocupação com a comida

Grupos	N	Conjunto para <i>Alfa</i> = 0,05	
		1	2
Grupo I	34	0,73	
Grupo II	124	1,29	1,29
Grupo III	120		1,94
Grupo IV	60		2,25
Sig.		0,48	0,06

Anexo J₁₆

Quadro 28: Diferenças no EAT-26 na Escala de controlo oral

Grupos	N	Conjunto para <i>Alfa</i> = 0,05	
		1	2
Grupo II	124	2,44	
Grupo III	120	2,55	
Grupo IV	60	2,56	
Grupo I	34		4,26
Sig.		0,99	1,00

Anexo J₁₇

Quadro 29: Diferenças na Escala de Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual

Grupos	N	Conjunto para $\alpha = 0,05$	
		1	2
Grupo IV	60	32,23	
Grupo III	119	33,70	33,70
Grupo II	124	35,00	35,00
Grupo I	34		36,47
Sig.		0,11	0,11

Anexo J₁₈

Quadro 30: Teste de igualdade de médias

		Estatística ^a	Graus de liberdade 1	Graus de liberdade 2	Sig.
EAT-26 medida total	Welch	11,817	3	129,644	0,00
Subescala da dieta	Welch	25,556	3	131,456	0,00
Subescala de bulimia e preocupação com a comida	Welch	7,902	3	131,379	0,00
Subescala do controlo oral	Welch	3,496	3	116,846	0,01
Depressão	Welch	2,070	3	111,753	0,10
Ansiedade	Welch	1,589	3	112,940	0,19
Stresse	Welch	1,262	3	112,533	0,29
Satisfação sexual Egocentrada	Welch	1,834	3	120,179	0,14
Satisfação sexual centrada no parceiro e na relação sexual	Welch	3,682	3	120,110	0,01
Satisfação sexual global	Welch	3,139	3	118,819	0,02
Estilo de vinculação ansioso	Welch	0,352	3	116,840	0,78
Estilo de vinculação evitante	Welch	1,899	3	115,657	0,13

a. O teste F da Anova