

Ana Sofia Barros Soares

**Qualidade de vida, Depressão e Ansiedade
em Indivíduos que Procuram Tratamento para a Obesidade**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Ana Sofia Barros Soares

**Qualidade de vida, Depressão e Ansiedade
em Indivíduos que Procuram Tratamento para a Obesidade**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Ana Sofia Barros Soares

**Qualidade de vida, Depressão e Ansiedade
em Indivíduos que Procuram Tratamento para a Obesidade**

**Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
especialização em Psicologia Clínica e da Saúde,
sob orientação de Professora Doutora Isabel Silva**

Resumo

O presente estudo observacional-descritivo transversal e de comparação entre grupos teve como objectivos: descrever a qualidade de vida em indivíduos com diagnóstico de obesidade e comparar esta com os valores normativos da população portuguesa; avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com diferentes classes de obesidade; descrever sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com diagnóstico de obesidade; avaliar se existe uma relação entre a qualidade de vida e os sintomas de depressão e de ansiedade; comparar a qualidade de vida, os sintomas de depressão e ansiedade dos indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico com indivíduos já submetidos a cirurgia; e comparar a qualidade de vida de indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico com os valores normativos.

Foi estudada uma amostra de conveniência de 133 indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar cirurgia e 65 indivíduos submetidos a cirurgia há seis ou menos meses ($n=18$) e há mais de seis meses ($n=47$). Os participantes responderam a um questionário demográfico, ao SF-36 e à Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Os resultados sugerem que os indivíduos com obesidade apresentam uma pobre qualidade de vida e, quando comparados com as normas gerais, observa-se que estes indivíduos apresentam pior qualidade de vida. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto à qualidade de vida entre os indivíduos com diferentes classes de obesidade. Os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam elevados sintomas de depressão e de ansiedade, que demonstraram estar correlacionados de forma significativa e negativa com a sua qualidade de vida. Comparados com indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico, os indivíduos submetidos a cirurgia apresentam uma melhor qualidade de vida, que se aproxima dos valores normativos. Os indivíduos submetidos a cirurgia apresentam significativamente menos sintomas de depressão, contudo, não se observa uma diferença significativa nos sintomas de ansiedade entre estes grupos de indivíduos. Os resultados do presente estudo sugerem que a avaliação da qualidade de vida, dos sintomas de depressão e ansiedade pode ajudar os clínicos a aumentar a probabilidade de fornecer o cuidado compreensivo necessário para examinar adequadamente uma doença tão complexa e multifacetada como a obesidade.

Abstract

The purpose of this descriptive, cross-sectional and comparison groups were: to describe the quality of life in individuals diagnosed with obesity and compare it with the normative values of the Portuguese population; to assess quality of life of individuals with different obesity classes; describe anxiety and depression in individuals diagnosed with obesity; to assess the relationship between quality of life and depression and anxiety; to compare quality of life, anxiety and depression in patients diagnosed with obesity awaiting surgery and in individuals already submitted to surgical treatment; and to compare quality of life of individuals who were submitted to surgery with general population.

This study included a convenience sample of 133 individuals diagnosed with obesity awaiting surgery and 65 individuals diagnosed with obesity who were already submitted to surgery for six months or less ($n=18$) and for more than six months ($n=47$). Participants completed a demographic questionnaire, the SF-36, and the Hospital Anxiety and Depression Scale. Results suggests that individuals with diagnose of obesity have a poor quality of life, and compared with the general population, they also report poorer quality of life. There were significant differences in quality of life between individuals with different classes of obesity. Individuals with obesity diagnosis had high symptoms of depression and anxiety, which proved to be negatively correlated with quality of life. Compared to individuals with obesity diagnosis awaiting surgical treatment, those who were submitted to surgery reported better quality of life, which was close to normative values. Individuals who were submitted to surgery had significantly fewer symptoms of depression. However, there were no significant differences concerning anxiety between the groups studied. The results of this study suggest that the assessment of quality of life, depression and anxiety may help clinicians to increase the probability of providing the comprehensive care required to adequately address a disorder as complicated and multifaceted as obesity.

Résumé

Cette étude observationnelle-descriptive transversale et de comparaison entre différents groupes a eu comme objectifs: décrire la qualité de vie chez les individus diagnostiqués d'obésité et la comparer aux valeurs normatives de la population Portugaise; évaluer la qualité de vie des personnes atteintes de différentes classes de l'obésité; décrire les symptômes de la dépression et d'anxiété chez les personnes diagnostiquées avec l'obésité; évaluer s'il existe une relation entre la qualité de vie et les symptômes de la dépression et d'anxiété; comparer la qualité de vie des personnes avec un diagnostic d'obésité en attente de traitement chirurgical avec celle des personnes ayant déjà subi une intervention chirurgicale; comparer la qualité de vie des individus qui ont subi une opération avec les valeurs normatives; comparer les symptômes de dépression et d'anxiété chez les individus diagnostiqués à l'obésité avec ceux des individus soumis à un traitement chirurgical. L'étude a inclus un échantillon de 133 individus avec un diagnostic d'obésité en attente de chirurgie et 65 individus ayant subis une intervention chirurgicale il y a six mois ou moins ($n=18$) et plus de six mois ($n=47$). Les participants ont répondu à un questionnaire démographique, le SF-36 et à l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalaire. Les résultats suggèrent que les individus ayant reçu un diagnostic de l'obésité ont une mauvaise qualité de vie comparé aux règles générales, il a été constaté que ces individus ont une qualité de vie réduite. On a constaté des différences significatives dans la qualité de vie chez les personnes avec des classes différentes de l'obésité. Les individus ayant reçu un diagnostic de l'obésité présentent des symptômes de dépression et d'anxiété, qui se sont avérés significativement et négativement corrélés avec la qualité de vie. Par rapport aux individus ayant un diagnostic de l'obésité en attente de traitement chirurgical, ceux qui ont subi la chirurgie ont une meilleure qualité de vie, et se rapprochent des valeurs normatives. Les individus subissant une intervention chirurgicale présentent significativement moins de symptômes de dépression, toutefois, il n'a pas été observé une différence significative dans les symptômes d'anxiété parmi ces groupes d'individus. Les résultats suggèrent que l'évaluation qualité de vie, les symptômes de dépression et anxiété peuvent aider les cliniciens à augmenter la probabilité de fournir des soins complets nécessaire d'examiner correctement une maladie aussi complexe et multiforme que le l'obésité.

Aos meus pais,
Manuel Soares e Ana Soares

Agradecimentos

Durante a elaboração desta dissertação contei com a colaboração de algumas pessoas sem as quais não teria sido possível a sua concretização.

Agradeço, em primeiro lugar, à orientadora desta investigação, Professora Doutora Isabel Silva por ter possibilitado a minha integração neste estudo, e acima de tudo, pela sua simpatia, paciência, disponibilidade, orientação e apoio desde o primeiro momento.

Aos meus pais e irmã, aos quais tenho tanto a agradecer, que não encontro palavras que possam expressar a minha gratidão.

A uma pessoa em particular, por acreditar em mim.

ÍNDICE GERAL

Resumo	I
Abstract	II
Résumé	III
Agradecimentos	V
Índice de Quadros	X
Índice de Anexos	XI
Introdução Geral	1
CAPÍTULO I: OBESIDADE	3
1.1. Definição de Obesidade	3
1.2. A Dimensão do Problema a Nível Mundial	6
1.3. A Dimensão do Problema em Portugal	9
1.4. Causas do Excesso de Peso e Obesidade	11
1.5. Consequências da Obesidade na Saúde	12
1.6. Prevenção e Tratamento	16
CAPÍTULO II: QUALIDADE DE VIDA	19
2.1. Introdução	19
2.2. Definição de Qualidade de Vida	20
2.3. Evolução da Qualidade de Vida no Campo da Saúde e a Importância da sua Avaliação	22
2.4. Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida. Instrumentos Genéricos versus Instrumentos Específicos	24
2.5. Qualidade de Vida e Obesidade	27
2.6. Impacto da Perda de Peso na Qualidade de Vida	36
2.7. Em resumo	41

CAPÍTULO III: DEPRESSÃO	45
3.1. Introdução	45
3.2. Definição de Depressão	45
3.3. Obesidade e Depressão	50
3.4. Depressão como causa de Obesidade	59
3.5. Mecanismos	61
3.6. Em resumo	66
CAPÍTULO IV: ANSIEDADE	68
4.1. Introdução	68
4.2. Definição de Ansiedade	68
4.3. Obesidade e Ansiedade	72
4.4. Ansiedade como causa de Obesidade	80
4.5. Mecanismos	81
4.6. Em resumo	84
CAPÍTULO V: ASPECTOS METODOLÓGICOS	86
5.1. Pertinência do Estudo	86
5.2. Desenho da Investigação e Objectivos	86
5.3. Participantes	88
5.4. Material	91
5.4.1. As propriedades Psicométricas dos Instrumentos	91
5.4.2. Questionários	91
5.4.2.1. Questionário Sócio-Demográfico	91
5.4.2.2. SF-36	92
5.4.2.3. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar	96
5.5. Procedimento	99
5.5.1. Protocolo de Investigação	99
5.5.2. Procedimento Estatístico	100

CAPÍTULO VI: RESULTADOS	101
6.1. Análise descritiva dos dados	101
6.2. Qualidade de vida em indivíduos com diagnóstico de obesidade.	103
6.3. Comparação da qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos da população em geral.	105
6.4. Associações entre IMC e a qualidade de vida.	106
6.5. Sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com diagnóstico de obesidade.	108
6.6. Relação entre a qualidade de vida e os sintomas de depressão e ansiedade nos indivíduos com diagnóstico de obesidade.	109
6.7. Comparação da qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico.	110
6.8. Comparação da qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de obesidade submetidos a tratamento cirúrgico com os valores normativos da população portuguesa.	113
6.9. Comparação dos sintomas de depressão e ansiedade dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico.	113
CAPÍTULO VII: DISCUSSÃO	115
7.1. Qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade.	115
7.2. Comparação da qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos da população em geral.	116
7.3. Associações entre qualidade de vida e IMC.	116
7.4. Sintomas de depressão e ansiedade nos indivíduos com diagnóstico de obesidade.	118
7.5. Relação entre a qualidade de vida e os sintomas de ansiedade e depressão nos indivíduos com diagnóstico de obesidade.	120
7.6. Comparação da qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico.	121

7.7. Comparação da qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de obesidade submetidos a tratamento cirúrgico com os valores normativos da população portuguesa.	123
7.8. Comparação dos sintomas de depressão e ansiedade dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico.	124
7.9. De notar	129
CAPÍTULO VIII: CONCLUSÃO	130
REFERÊNCIAS	141
ANEXOS	164

Índice de quadros:

Quadro 1: Directrizes de Tratamento de Perda de Peso (Adaptado de NIH, 1998)	18
Quadro 2: Características da amostra em estudo	89
Quadro 3: Resultados dos valores médios (e desvios-padrão entre parêntesis) de IMC dos três grupos estudados, G1,G2 e G3	90
Quadro 4: Valor de Alpha de Cronbach para as sub-escalas do SF-36 no presente estudo	95
Quadro 5: Valor de Alpha de Cronbach para as duas sub-escalas e escala total da HADS no presente estudo	99
Quadro 6, Resultados dos valores médios (e desvios-padrão entre parêntesis) de IMC nos três grupos G1, G2 e G3 e resultados dos testes One-Way ANOVA e post-hoc Bonferroni	101
Quadro 7: Resultados dos valores médios (e desvios-padrão entre parêntesis) das sub-escalas do SF-36 dos indivíduos com diagnóstico de obesidade e percentagem de indivíduos com resultados inferiores às normas. Valores normativos da população portuguesa (independentemente do sexo)	104
Quadro 8: Distribuição dos resultados das sub-escalas do SF-36 por categoria de IMC e resultados do teste One-Way ANOVA	107
Quadro 9: Resultados dos valores médios e desvios-padrão (entre parênteses) dos sintomas de depressão e ansiedade da HADS nos indivíduos com diagnóstico de obesidade. Percentagem de indivíduos com resultados iguais ou superiores a 8.	108
Quadro 10: Relação entre a qualidade de vida e os sintomas de depressão e ansiedade nos indivíduos com diagnóstico de obesidade: resultados do Coeficiente de Correlação R de Pearson	110
Quadro 11: Análise descritiva de IMC e qualidade de vida nos grupos G1, G2 e G3, e resultados dos testes One-Way ANOVA e post-hoc Bonferroni. Comparação visual com os valores normativos da população portuguesa (independentemente do sexo)	112
Quadro 12: Análise descritiva dos sintomas de depressão e ansiedade, nos três grupos G1, G2 e G3 e resultados dos testes One-Way ANOVA e post-hoc Bonferroni	114

Índice de anexos:

Anexo 1 – Questionário Soció-Demográfico	165
Anexo 2 – Instrumento: SF-36	167
Anexo 3 – Instrumento: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar	171

Introdução Geral

O reconhecimento da obesidade como uma doença ocorreu em 1948, tendo sido integrada pela World Health Organization na International Classification of Diseases (ICD) (James, 2008). A obesidade é uma doença complexa e multifactorial que se desenvolve da interacção de factores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais (National Institute of Health, 2000). A prevalência da obesidade tem aumentado em todo o mundo (Flegal, 2006; International Obesity Task Force, 2009; Low et al., 2009; Ogden et al., 2006; Seidell, & Flegal, 1997; World Health Organization, 2009), tal como em Portugal (Carmo et al., 2000; Carmo et al., 2008; Padez, 2006; Padez, & Cardoso, 2008; Padez et al., 2004).

As pessoas com obesidade experimentam danos significativos na qualidade de vida como resultado da obesidade. Fontaine e Bartlett (1998) afirmam que os danos na capacidade de um indivíduo com obesidade viver totalmente e activamente como ele ou ela deseja podem ser uma séria consequência da obesidade, como são os seus efeitos adversos na morbilidade e mortalidade.

A revisão da literatura sugere a existência de uma relação entre factores psicológicos e obesidade, verificando-se que estas ligações são cada vez mais exploradas. Em muitos estudos, a depressão e a ansiedade surgem como variáveis relacionadas com a obesidade.

Compreender a relação entre a obesidade e a depressão pode ser, de acordo com Friedman e Brownell (1995), mais complicado do que inicialmente se possa pensar. A teoria e a investigação sugerem que a obesidade e a depressão podem ter uma relação causal, na qual a associação pode ser bidireccional (Barry et al., 2008; Faith et al., 2002; Markowitz et al., 2008; Mather et al., 2009; Simon et al., 2006).

Do mesmo modo, Mather et al., (2009) observam que têm emergido evidências sugerindo que a obesidade pode também estar ligada a outras perturbações mentais que não somente a depressão, como a ansiedade. Como notam Scott et al. (2008), as perturbações de ansiedade estão particularmente inexploradas. A teoria e a investigação

sugerem que a obesidade e a ansiedade podem ter uma relação causal, na qual a associação pode ser bidireccional (Barry et al., 2008; Mather et al., 2009; Simon et al., 2006; Scott et al., 2008).

O presente estudo tem como objectivo conhecer e o impacto da obesidade na qualidade de vida dos indivíduos, bem como descrever sintomas de depressão e ansiedade. Pretende-se ainda analisar a relação entre a qualidade de vida e os sintomas de depressão e de ansiedade. Este estudo propõe-se, também, comparar a qualidade de vida e sintomas de depressão e de ansiedade dos indivíduos com diagnóstico de obesidade propostos a tratamento cirúrgico, com dois grupos de indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade, em dois períodos de tempo pós cirúrgico diferentes: até seis meses após a cirurgia e mais de seis meses após a cirurgia.

Nos Capítulos I, II, III e IV efectuamos uma revisão teórica de investigações relacionadas com a obesidade e qualidade de vida, assim como com associações entre a obesidade e perturbações de humor e de ansiedade. No Capítulo V salientamos a pertinência do estudo, desenvolvemos o desenho de investigação e objectivos do estudo, descrevemos os participantes, materiais utilizados e procedimento. No Capítulo VI analisamos os dados e apresentamos, no Capítulo VII, os resultados estatísticos subjacentes aos objectivos propostos. Finalmente, no Capítulo VIII apresentamos as conclusões subjacentes aos resultados obtidos e sugestões para a teoria e prática clínica.

CAPÍTULO I: OBESIDADE

1.1. Definição de Obesidade

O reconhecimento da obesidade como uma doença ocorreu em 1948, tendo sido integrada pela World Health Organization na International Classification of Diseases (ICD) (James, 2008). De acordo com a World Wealth Organization (2009), a obesidade e o excesso de peso definem-se como uma acumulação anormal ou excessiva de gordura que pode ser prejudicial para a saúde.

A obesidade é uma doença complexa e multifactorial que se desenvolve da interacção de factores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais (National Institute of Health, 2000).

Para avaliar com rigor a presença da obesidade, seria necessário medir o valor da massa gorda corporal, que deve representar sensivelmente 10 a 25% do peso do homem e 20 a 35% na mulher. Na prática clínica, utiliza-se frequentemente o Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet – o peso em kilogramas dividido pelo altura elevada ao quadrado (Kg/m^2) – para identificar o excesso de peso e a obesidade em adultos, tanto a nível individual como populacional. Este índice constitui uma indicação simples da relação entre o peso e a altura (Guillaume, 1999; Kuczmarski, 2000; World Wealth Organization, 2009). O IMC é utilizado porque está intimamente correlacionado com a gordura corporal, e com as consequências de saúde relacionadas com a obesidade (Wang, 2004; World Health Organization, 2009). Um elevado IMC prevê uma futura adiposidade, assim como uma futura morbilidade e morte (Must & Strauss, 1999). Contudo, é importante relembrar que, embora o IMC esteja correlacionado com a gordura corporal, este não mede directamente a gordura corporal e, como resultado, algumas pessoas musculadas (tais como os atletas) podem ter um IMC que as identifica com excesso de peso apesar de não terem excesso de gordura corporal (Centers of Disease Control and Prevention, 2009; National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 2000).

A World Health Organization (2009) define “excesso de peso” como um IMC igual ou superior a 25, e “obesidade” como um IMC igual ou superior a 30. Estes valores são também recomendados pela National Heart, Lung, and Blood Institute e North American Association for the Study of Obesity (National Institute of Health, 1998).

A gravidade da obesidade advém da sua frequente associação a múltiplas comorbilidades. A World Wealth Organization (2009) classifica a obesidade, em função do IMC e do risco de co-morbilidade como: Obesidade Classe I ou Moderada quando o IMC se situa entre 30-34,9, Obesidade Classe II ou Grave quando o IMC se situa entre 35-39,9 e Obesidade Classe III ou Obesidade Extrema quando o IMC se situa acima de 40Kg/m². Um peso normal é considerado quando o IMC se situa entre 18,5-24,9.

Esta medição serve de referência para as avaliações individuais, mas existem evidências de que o risco de doenças crónicas na população aumenta progressivamente a partir de um IMC de 21 (World Health Organization, 2009).

Os valores do IMC são independentes da idade (considerada a partir dos 18 anos) e os mesmos para ambos os sexos. Contudo, o IMC pode não corresponder ao mesmo grau de gordura nas diferentes populações devido, em grande parte, a diferentes proporções corporais. Por esta razão, os riscos de saúde associados com o aumento do IMC são contínuos, mas a interpretação das classificações do IMC em relação ao risco pode diferir nas diferentes populações (World Wealth Organization, 2006).

Uma limitação do IMC verifica-se por não incorporar a distribuição da gordura corporal, que é um indicador independente do risco de saúde (National Institute of Health, 1998). A medição do perímetro da cintura é indicativa do tecido adiposo visceral, ou gordura intra-abdominal, a qual pode ser em alguns casos mais prejudicial do que a totalidade do excesso de peso ou obesidade (Wang et al., 2005; Zhu et al., 2005). Por este motivo, a National Heart, Lung, and Blood Institute Clinical Guidelines recomenda a utilização do perímetro da cintura em adição ao IMC no rastreio clínico dos adultos. Um perímetro de cintura elevado, definido por um valor superior a 35 polegadas (maior do que 88cm) para as mulheres e superior a 40 polegadas (maior do que 102cm) para os homens, aumenta o nível do risco associado com um dado valor de

IMC (National Institute of Health, 1998).

Para avaliar a probabilidade de uma pessoa desenvolver doenças relacionadas com o excesso de peso e a obesidade, a Guidelines do National Heart, Lung, and Blood Institute recomendam atender a outros factores de risco individuais para as doenças e condições associadas com a obesidade, tais como a pressão sanguínea ou a inactividade física (Centers of Disease Control and Prevention, 2009).

Nas crianças, a distribuição do IMC muda com a idade, assim como mudam as distribuições de altura e peso. Como resultado, embora um IMC absoluto seja apropriado para definir o peso corporal em adultos, nas crianças são utilizados percentis específicos para a idade e sexo para definir o baixo peso, peso saudável, excesso de peso e obesidade (Barlow, 2007). Assim, o percentil indica a posição relativa do IMC da criança entre crianças do mesmo sexo e idade (Centers for Disease Control and Prevention, 2009c).

A actual referência de percentis de IMC para crianças, específicos para idade e sexo, é facultada pelo 2000 Centers for Disease Control and Prevention Growth Charts, desenvolvida para crianças dos 2 aos 19 anos (National Center for Health Statistics, 2009; Kuczmarski et al., 2000). Para crianças e adolescentes, o valor de IMC é transposto nos gráficos de crescimento do CDC para determinar o correspondente percentil de IMC para a idade. Excesso de peso é definido como um IMC igual ou superior ao percentil 85 e inferiores ao percentil 95, enquanto que a obesidade é definida como um IMC igual ou superior ao percentil 95, para crianças com a mesma idade e sexo. Valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 5 e inferiores ao percentil 85 definem um peso saudável (Centers of Disease Control and Prevention, 2009c).

De acordo com Barlow (2008), a utilização de dois valores, nomeadamente percentis de IMC 85 e 95, capta a variação dos valores de risco e minimiza o subdiagnóstico e sobrediagnóstico. As categorias de percentis de IMC guiam a avaliação do risco clínico. Segundo o autor, um percentil de 5 a 85 sugere um peso saudável, um percentil de 85 a 94 considera existir excesso de peso, e um percentil superior ou igual a 95 indica obesidade, um percentil superior a 99, uma categoria

emergente, que indica uma elevada probabilidade de problemas médicos imediatos (Barlow, 2007). Para crianças com menos de dois anos, não existe uma referência de IMC para a idade para definir o excesso de peso, contudo, tem sido utilizado o percentil 95 (Black et al., 2004).

Os percentis da cintura baseados em dados nacionais estão disponíveis para crianças caucasianas, afro-americanas, e mexicanas americanas (Fernández, Redden, Pietrobeli, Allison, 2004). A medição do perímetro da cintura contudo, não é actualmente recomendada, uma vez que os valores de referência para crianças em risco nas categorias de IMC não estão disponíveis (Barlow, 2007). Uma vez que os níveis de gordura corporal e os factores de risco são contínuos, os clínicos devem considerar o IMC como uma ferramenta útil que desencadeia preocupação e avaliação, mas estes devem reconhecer que outras informações clínicas determinam a necessidade de intervenção (Barlow, 2007). O tratamento de crianças com excesso de peso é extremamente importante, não apenas porque afecta o seu bem-estar físico e psicológico, bem como o seu desenvolvimento, mas porque uma considerável proporção de crianças com excesso de peso está em risco de se tornar adultos com obesidade (Whitlock et al., 2005).

1.2. A Dimensão do Problema a Nível Mundial

A prevalência da obesidade é elevada em muitas partes do mundo (Low, Chin & Deurenberg-Yap, 2009). As últimas projecções da World Health Organization (2009) indicam que, globalmente em 2005, aproximadamente 1.6 biliões de adultos, com idades superiores a 15 anos, estavam com excesso de peso e que pelo menos 400 milhões estavam com obesidade. Constata-se que, pelo menos, 20 milhões de crianças com menos de 5 anos estavam com excesso de peso (World Health Organization, 2009).

A World Health Organization (2009) prevê que em 2015, aproximadamente 2.3 biliões de adultos estarão com excesso de peso e mais de 700 milhões com obesidade. A International Obesity Task Force (2009) estima que em 2025 a prevalência da obesidade

possa chegar a 43% a 50% nos Estados Unidos, 30% a 40% na Austrália e Inglaterra, e mais de 20% no Brasil.

De acordo com Flegal (2006), a elevada prevalência e o rápido aumento desta tendência para o excesso de peso e obesidade são consistentes com a definição geral de “obesidade epidêmica”.

Nos Estados Unidos, dados recentes da National Health and Nutrition Examination Survey (2003-2004) indicam que aproximadamente 66% dos americanos adultos estão com excesso de peso, cerca de 32% com obesidade, e perto de 5% com obesidade extrema (Ogden et al., 2006). Do mesmo modo, aproximadamente 15% dos adultos Europeus estão com obesidade (Seidell & Flegal, 1997).

Anteriormente considerado um problema exclusivo de países com elevados rendimentos, o excesso de peso e a obesidade estão a aumentar progressivamente nos países com rendimentos baixos e médios, sobretudo no meio urbano (World Health Organization, 2009). É digno de notar que muitos países em desenvolvimento enfrentam o duplo problema da obesidade e subnutrição (Asia Pacific Cohort Studies Collaboration, 2007; World Health Organization, 2009).

Do mesmo modo, verifica-se uma maior prevalência da obesidade nas áreas urbanas em países em desenvolvimento, associada com a mudança do estilo de vida rural para urbano, acompanhado com o decréscimo dos níveis de actividade física e um aumento dos alimentos hipercalóricos (International Obesity Task Force, 2009).

No seu estudo, Low et al. (2009) verificaram que existe uma tendência crescente da prevalência da obesidade com a idade nos adultos, sendo o pico da prevalência atingido dos 50 aos 60 anos de idade na maioria dos países desenvolvidos e mais cedo, dos 40 aos 50 anos de idade, em países em desenvolvimento. As descobertas destes autores, mostram também que a prevalência da obesidade é geralmente maior nas mulheres do que nos homens em países em desenvolvimento. Segundo Lowlor e Chaturvedi (2006), nos países em desenvolvimento, as mulheres com obesidade são vistas como um sinal de riqueza e uma tal influência pode ser relacionada com a maior

prevalência nas mulheres. Será necessário, segundo Low et al. (2009), mais investigação para confirmar a diferença de padrões de obesidade nos diferentes sexos.

A elevada prevalência da obesidade resulta em consequências económicas. Nos EUA, estima-se que os custos económicos associados à obesidade atinjam os 70 biliões de dólares anualmente, representando 7% do total dos custos de saúde, existindo outros custos a considerar como a redução da qualidade de vida e menor produtividade atribuídas à ausência do trabalho (Colditz, 1999; International Obesity Task Force, 2009; Wadden, 2002).

Rigby, Kumanyika e James (2006) sugerem que o crescimento global da epidemia da obesidade está fundamentalmente ligado a factores económicos. Os autores observaram que a crescente prevalência do excesso de peso e obesidade ocorreram durante um período em que os custos reais dos principais componentes de muitos alimentos processados declinaram significativamente, agravando este problema a promoção de alimentos ricos em gorduras e açúcares, e um marketing intenso (e uma intensa comercialização) para as crianças. Os autores sublinham as projecções da International Obesity Task Force (2009), nas quais a prevalência da obesidade continuará elevada na população mundial se as actuais previsões de consumo forem mantidas, com a obesidade impondo custos económicos e sociais que nenhum país, e ainda menos os países em desenvolvimento, com recursos limitados, pode pagar.

O impacto da obesidade tem sido considerável. Dada a elevada prevalência da obesidade em muitas partes do mundo e as resultantes consequências de saúde, assim como económicas, muito tem sido feito para resolver o problema da obesidade (Low, Chin & Deurenberg-Yap, 2009). A International Obesity Task Force foi fundada em 1996 para tentar resolver o problema (International Obesity Task Force, 2009). Em 2004, a World Health Assembly adoptou a World Health Organization Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, apelando a acções de combate a doenças crónicas e aos factores de risco, tais como uma dieta pouco saudável e diminuída actividade física (World Health Organization, 2009).

Apenas uma abordagem internacional compreensiva e integrada, baseada numa efectiva implementação da estratégia global da World Wealth Organization na dieta,

actividade física e saúde, oferece uma esperança real de travar uma catástrofe na saúde pública por todo o mundo (Rigby et al., 2006).

1.3. A Dimensão do Problema em Portugal

Em Portugal, o primeiro estudo nacional representativo desenvolvido para avaliar a prevalência da obesidade em adultos, contendo medições objectivas da altura e do peso, foi conduzido entre 1995 e 1998 (Carmo et al., 2000). Entre Janeiro de 2003 e Janeiro de 2005, Carmo et al. (2008) recolheram os dados do IMC de 8116 indivíduos com idades compreendidas entre 18 e 64 anos, constituindo o segundo e mais recente estudo nacional sobre a obesidade. Quando comparados os resultados destes dois estudos, verifica-se que a prevalência do excesso de peso e da obesidade aumentou de 49,6% (em 1995-1998) para 53,6% (em 2003-2005) (Carmo et al., 2008). De acordo com do Carmo et al. (2008), estes resultados sugerem que, embora a obesidade tenha sido identificada como um problema de saúde pública uma década antes, as acções para a sua redução não parecem ter tido eficácia.

Neste último estudo, Carmo et al. (2008) descobriram que 2,4% da amostra tinha baixo peso, 39,4% estava com pré-obesidade e 14,2% estava com obesidade, evidenciando que mais de metade da população portuguesa (53,6%) está com pré-obesidade ou obesidade.

A medição do perímetro da cintura mostra que 45,6% da amostra sofre um aumento dos riscos de saúde cardiovasculares (Carmo et al., 2008). Este dado deve ser valorizado, uma vez que as doenças cardiovasculares causam cerca de 40% da mortalidade em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2003).

Consistente também com os dados de 1995-1998, a prevalência do excesso de peso e da obesidade é maior nos homens (59,5%) do que nas mulheres (47,2%). Contudo, o ratio da obesidade nas mulheres em Portugal (0,9) é menor do que muitos outros países, tais como USA, Brasil, Tunísia, França (1,1, 2,4, 3,5 e 1,0 respectivamente) (Arroyo et al., 2000; Carmo et al., 2008). No seu estudo, Carmo et al.

(2008), observaram que a meia idade é o período de vida no qual se verifica a maior prevalência de excesso de peso e obesidade.

Padez, Fernandes, Mourão, Moreira e Rosado (2004) desenvolveram, em 2004, um estudo nacional representativo para avaliar a prevalência do excesso de peso e obesidade nas crianças portuguesas com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos, seguindo as tabelas da International Obesity Task Force. A partir do estudo da sua amostra, constituída por 4511 crianças que frequentam a escola pública, os autores descobriram uma prevalência do excesso de peso e obesidade de 31,5% (dos quais 11,3% foram classificados como obesos). A prevalência é maior nas raparigas (33,7%) do que nos rapazes (29,4%). Estes valores são comparáveis com a prevalência do excesso de peso e obesidade em crianças descoberta noutros países do Sul da Europa, e mais elevados do que os descobertos em países do Norte da Europa (Padez et al., 2004).

Padez (2006) desenvolveu o primeiro estudo nacional para avaliar a prevalência do excesso de peso e obesidade em jovens portugueses com 18 anos. Neste estudo foram utilizados os dados de 850 081 sujeitos, nascidos entre 1966 e 1981 e examinados entre 1986 e 2000, aquando do exame médico dos centros de recruta militar. O autor descobriu que a prevalência do excesso de peso aumentou de 10,5% em 1986 para 21,3% em 2000, e a prevalência da obesidade aumentou de 0,9% para 4,2% no mesmo período de tempo. O excesso de peso e obesidade aumenta com o nível educacional e difere conforme o local de residência, isto é, aqueles que vivem em áreas rurais têm um menor risco de se tornarem obesos.

Portugal evidencia o segundo valor mais elevado de excesso de peso e obesidade (31,56%) comparado com outros países Europeus, seguindo a tendência de outros países mediterrâneos, tais como a Espanha (30%), Grécia (30%) e Itália (36%) (Padez et al., 2004).

Padez e Cardoso (2008) analisaram os dados de todos os candidatos (9-11 anos) ao Colégio Militar em Lisboa, examinados entre 1962 e 2006, utilizando a classificação da International Obesity Task Force. Os autores descobriram que o excesso de peso e a obesidade duplicou no grupo dos 9 anos de idade (maior prevalência de 47,3% em 2000) e triplicou no grupo dos 10 e 11 anos de idade, com as maiores mudanças

ocorrendo entre 1990 e 2000. Em 2000, 35,5% dos rapazes com 10 anos e 47,3% com 11 anos estavam com excesso de peso e obesidade. Os autores concluem que, um rendimento familiar elevado não se traduz necessariamente em escolhas mais informadas sobre uma alimentação e estilo de vida saudáveis e que este padrão de associação entre estatuto socio-económico e a obesidade pode reflectir uma tardia transição socio-económica de Portugal.

A prevalência do excesso de peso e da obesidade descoberta em crianças com idades entre o 7 e 9 anos (31%) (Padez et al., 2004) é superior à encontrada nos jovens adultos com idades dos 18-20 anos (21%) (Carmo et al., 2008) evidência de que a próxima geração portuguesa irá enfrentar um sério agravamento deste problema de saúde, com uma tendência para a crescente prevalência do excesso de peso e obesidade.

Em Portugal, o custo económico relacionado com a obesidade foi estimado há uma década como representando 3,5% do total dos custos de saúde (Pereira, Mateus & Amaral, 1999).

A actual tendência e prevalência da obesidade parecem ser o resultado das rápidas mudanças nas condições de vida socio-económicas que ocorreram em Portugal desde 1970 (Padez, 2006), assim como um resultado de mudanças demográficas na população portuguesa (Carmo et al., 2008). Carmo et al. (2006) sugerem que é urgente o desenvolvimento de estratégias preventivas mais eficazes, com especial ênfase em populações alvo, tais como as crianças e adolescentes.

1.4. Causas do Excesso de Peso e Obesidade

De um modo geral, existe uma variedade de factores que desempenham um papel na obesidade, tornando-a um problema de saúde complexo para avaliar (Centers of Disease Control and Prevention, 2009)

De acordo com a World Health Organization (2009), a causa fundamental da obesidade e do excesso de peso é um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto de calorias. O aumento mundial do excesso de peso e da obesidade são atribuíveis a vários factores,

entre o quais se encontram a modificação mundial da dieta, com uma tendência para o aumento do consumo de alimentos hipercalóricos, ricos em gorduras e açúcares, mas com escassas vitaminas, minerais e outros nutrientes e a tendência à diminuição da actividade física, devido à natureza cada vez mais sedentária de muitos trabalhos, às mudanças nos meios de transporte e à crescente urbanização.

Por outro lado, a genética e o ambiente podem aumentar o risco de uma pessoa ganhar peso (Centers of Disease Control and Prevention, 2009). A ciência demonstrou que os genes contribuem para o risco de obesidade (Gale, Castracane & Mantzoros, 2004; Maes, Neale & Eves, 1997).

De acordo com Barlow (2007), existem múltiplos factores associados com a obesidade, tornando o sistema complexo, redundante e provavelmente inacessível a uma simples intervenção farmacêutica. O autor sublinha que os genes não constituem um único factor. Da mesma forma que o comportamento e o ambiente influenciam o risco de uma pessoa desenvolver outras doenças, o comportamento e o ambiente influenciam o desenvolvimento da obesidade em pessoas geneticamente com maior risco. Este facto é também analisado pelo Centers of Disease Control and Prevention (2009), que enfatiza que as escolhas que uma pessoa faz na alimentação e na actividade física também contribuem para o excesso de peso e obesidade.

De facto, Barlow (2007) observou que, a um nível populacional, o aumento na prevalência da obesidade é demasiado rápido para ser explicado por uma mudança genética, e que este deve resultar de mudanças nos comportamentos alimentares e de actividade física que desencadearam um desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético.

1.5. Consequências da Obesidade na Saúde

A obesidade está associada com um aumento do risco de morbilidade e mortalidade, bem como uma redução da esperança de vida (Allison, Fontaine, Manson, Stevens & Vanitallie, 1999; Flegal, Graubard, Williamson & Gail, 2005; Mokdad,

Marks, Stroup & Gerberding, 2004; Poirier et al., 2006), com resultados negativos de saúde (Must et al., 1999; Pi-Sunyer, 1993) e incapacidades físicas (Fontaine & Barofsky, 2001). O grau de excesso de peso está inversamente correlacionado com a longevidade, de tal modo que num estudo recente, um IMC superior ou igual a 45 aos 20 anos de idade foi associado com reduções na esperança média de vida de 13% nas mulheres e 22% nos homens (Fontaine, Redden, Wang, Westfall, & Allison, 2003). Troiano et al. (1996) sugerem que os indivíduos com obesidade aumentam o seu risco de morte 50 a 100% quando comparados com indivíduos com peso normal.

O excesso de peso e a obesidade têm, de facto, grandes consequências para a saúde, sendo que o risco aumenta progressivamente à medida que aumenta o IMC (World Health Organization, 2009).

Um elevado IMC é um importante factor de risco para doenças crónicas, tais como as doenças cardiovasculares, que constituem a principal causa de morte em todo o mundo, sendo responsáveis por 17 milhões de mortes anuais (World Health Organization, 2009). A American Heart Association adicionou a obesidade na sua lista dos principais factores de risco de doenças coronárias (Eckel & Krauss, 1998). A obesidade contribui para o desenvolvimento de insuficiência cardíaca congestiva através da sua relação com a hipertensão arterial sistémica, e, em pacientes obesos normotensos e hipertensos, através de aumentos do volume e débito cardíaco juntamente com disfunção diastólica (Eckel, 1997). Em pacientes com obesidade grave, a miocardiopatia dilatada pode levar à morte súbita, através da predisposição para arritmias (Eckel, 1997). A disfunção cardíaca também pode ocorrer secundária à apneia obstrutiva do sono ou síndrome de hipoventilação da obesidade com hipertensão pulmonar secundária (Alpert & Hashimi, 1993).

Por outro lado, a obesidade está associada com as doenças coronárias, presumivelmente através do seu impacto nos factores de risco, incluindo hipertensão, dislipidemia, incapacidade de tolerância à glicose, e diabetes mellitus tipo 2 (Eckel, 1997; Willett, Dietz & Colditz 1999).

Contudo, o risco de acidente vascular cerebral (AVC) e acidentes isquémicos transitórios (AIT) surge como menos dependente do grau de excesso de peso, do que da

distribuição da massa adiposa, aumentando de forma clara no homem, quando o perímetro de cintura é superior ou igual a 102cm (Tanne, Medalie & Goldbourt, 2005)

O excesso de peso e a obesidade, especialmente naqueles com uma distribuição de gordura corporal central, tem uma clara e facilmente demonstrável relação com o desenvolvimento da diabetes mellitus tipo 2 (National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 2000). O dramático aumento da obesidade foi acompanhado por um aumento de 25% da prevalência de diabetes mellitus tipo 2 (Harris, 1998). A World Health Organization (2006) calcula que as mortes por diabetes aumentarão em todo o mundo em mais de 50% nos próximos 10 anos, pelo que considera esta doença como uma epidemia mundial.

A resistência à insulina, que está associada com a obesidade e constitui um factor de risco para as doenças coronárias, também parece estar relacionada com a doença hepática e apneia do sono obstrutiva (Caterson et al., 2004).

A obesidade é uma das principais causas da apneia do sono em homens e mulheres, estando em maior risco aqueles que apresentam um IMC superior a 30 (National Institutes of Health, 1998). A obesidade constitui ainda um factor de risco de problemas do fígado. A esteatose hepática pode evoluir para esteatohepatite, com risco de progressão para cirrose e eventual carcinoma hepatocelular (Hamaguchi, et al., 2005; Malnick, Beergabel & Knobler, 2003).

A relação entre obesidade e dislipidemia é clinicamente bem conhecida, dela decorrendo com frequência situações graves que predispõem à doença cardiovascular. As alterações lipídicas mais frequentemente encontradas são: aumento dos triglicérides (Tg), aumento, às vezes marginal, do colesterol total e do colesterol LDL, embora com aumento do número das partículas LDL pequenas e densas e das apoproteínas B, as mais aterogénicas, e diminuição do colesterol HDL (Grundy & Barnett, 1990).

A obesidade visceral associa-se a um risco aumentado de complicações digestivas, tais como litíase biliar, refluxo gastroesofágico e alterações do esvaziamento gástrico (Hampel, Abraham & El-Searg, 2005).

A obesidade está associada a alterações degenerativas osteoarticulares, sendo de realçar a frequência e gravidade da gonartrose e da coxartrose, com maior risco no sexo feminino (Manninen, Riihimaki, Heliovaara & Makela, 1996). A gota é mais comum na população obesa, sendo o seu risco proporcional ao grau de obesidade (Kumanyika et al., 2008).

A obesidade está também associada a complicações que afectam a função reprodutora (Esposito et al., 2004; Green, Weiss & Darling 1988). Nas mulheres está associada com irregularidades menstruais, disfunção ovulatória e hiperandrogenismo (Grodstein, Goldman & Cramer, 1994). Na gravidez, a obesidade é um factor de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus gestacional, assim como complicações no tubo neural no bebé (Shaw et al., 1996).

A obesidade aumenta o risco de desenvolver vários tipos de cancro (World Health Organization, 2009), incluindo cancro do cólon (Lee & Paffenbarger, 1992), cancro do endométrio (Garfinkel, 1985), cancro na mama em mulheres após a menopausa (Morimoto et al., 2002) e cancro na próstata (Cerhan et al., 1997), aumentando consequentemente também a probabilidade de morrer de cancro (Marnick & Knobler, 2006)

Devido ao esperado aumento da diabetes, das doenças cardiovasculares, e outras consequências adversas da obesidade, prevê-se que o aumento da prevalência da obesidade produza um declínio sem precedentes na esperança de vida nos Estados Unidos (Olshansky et al., 2005) e podemos levantar a mesma hipótese, em Portugal.

A prevenção da obesidade nos adultos pode potencialmente ter um grande impacto na redução da morbilidade e mortalidade que resultam dos efeitos crónicos do excesso de gordura corporal (Abdollahi, Cushman & Rosendaal, 2003; National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity 2000; World Health Organization, 2000). Os extensos dados indicando que a perda de peso pode reverter ou deter os efeitos nocivos da obesidade são mais uma prova da relação causal entre a obesidade e outras doença (Klein et al., 2004).

1.6. Prevenção e Tratamento

Os esforços para combater a crescente prevalência da obesidade continuam a centrar-se na promoção de estilos de vida saudáveis e controlo de peso através de dieta e exercício. O Centers of Disease Control and Prevention (2009b) declara que a sociedade se tornou “*obesogenic*” (“obesogénica”), caracterizada por ambientes que promovem o aumento da ingestão de alimentos não saudáveis e inactividade física. Iniciativas de mudança política e ambiental que tornem as escolhas saudáveis em nutrição e actividade física, disponíveis, acessíveis e fáceis, irão provavelmente demonstrar maior eficácia no combate à obesidade. Deste modo, reconhecendo que uma abordagem preventiva eficaz deve abordar o ambiente e as causas ambientais, e o estilo de vida subjacentes ao ganho de peso, as acções de prevenção ocorrem numa ampla gama de áreas de responsabilidade dos governos, como a saúde, educação, família e serviços comunitários, transportes, desporto e lazer, infra-estruturas e planeamento (Centers of Disease Control and Prevention, 2009b).

Para as pessoas que estão já com excesso de peso e obesidade têm sido empregues várias estratégias no seu tratamento. Estas incluem várias terapias, tais como aconselhamento dietético, aumento de actividade física, terapia comportamental e intervenção farmacológica. A maioria das pessoas com excesso de peso e obesidade deve adoptar a longo prazo ajustes nutricionais para reduzir a ingestão calórica. A terapia dietética inclui instruções para modificar dietas para alcançar este objectivo. Por sua vez, o aumento da actividade física tem benefícios directos e indirectos. É importante na tentativa de perda de peso porque aumenta o dispêndio de energia e desempenha um papel essencial na manutenção do peso. Por sua vez, também reduz o risco de cardiopatia mais do que a perda de peso alcançada por si só, assim como pode ajudar a reduzir a gordura corporal e prevenir a diminuição da massa muscular que frequentemente ocorre durante a perda de peso. Esta tendência é melhorada pela adição de terapia comportamental. A terapia comportamental é um complemento útil para adaptações previstas na alimentação e actividade física. Estratégias comportamentais específicas incluem auto-monitorização, gestão de stress, controlo de estímulos, resolução de problemas, gestão de contingências, reestruturação cognitiva e suporte social (National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, and

North American Association for the Study of Obesity, 2000; National Institutes of Health, 1998).

A terapia farmacológica pode ser útil para beneficiar pacientes com elevado risco. A intervenção farmacológica aprovada pela FDA para o tratamento a longo prazo pode ser um complemento útil para o tratamento da obesidade em alguns doentes. Estes fármacos devem ser usados apenas no contexto de um programa de tratamento que inclua os elementos descritos anteriormente – mudanças na dieta, actividade física e terapia comportamental. A Terapia Farmacologia deve ser só considerada em doentes que não são capazes de atingir a perda de peso adequada através de modificações de estilo de vida convencionais disponíveis e que não têm nenhuma contra-indicação para a terapia farmacológica. A combinação de mudanças na dieta, aumento de actividade física e terapia comportamental pode ser eficaz (NIH, NHLBI, NAASO, 2000; National Institutes of Health, 2007; National Institutes of Health, 1998)

Infelizmente, estas estratégias em pessoas com obesidade grave, estão associadas com pobres resultados a longo prazo (National Institutes of Health, 1998; National Institutes of Health, 2009). A cirurgia para a perda de peso, também designada cirurgia bariátrica, é uma opção para pessoas com obesidade grave, desempenhando um importante papel no tratamento. Em 1990, o tratamento cirúrgico para a obesidade foi aceite pelos seus efeitos nas comorbilidades associadas. Desde 1991, a obesidade grave (IMC>40 ou IMC>35 na presença de comorbilidades significativas, e em doentes nos quais houve fracasso com outros métodos de tratamento) tem sido considerada ela própria como uma indicação para cirurgia pelos seus efeitos prejudiciais que esta doença tem (National Institutes of Health, 1991). O tratamento cirúrgico tem sido um método considerado eficaz para obter uma sustentada redução de peso e melhorias ou cura de comorbilidades (National Institutes of Health, 2009). Deste modo, embora a cirurgia tenha um papel relativamente menor na luta global contra a obesidade, esta precisa ser considerada para um pequeno segmento da população cuja saúde está seriamente comprometida pela obesidade clinicamente grave. Existem três tipos básicos de tratamento cirúrgico: as técnicas restritivas (reduzem a capacidade de armazenamento e velocidade de esvaziamento do estômago), as técnicas mal-absortivas (diminuem a capacidade de absorção dos alimentos) e técnicas mistas (combinam estes dois princípios básicos). Os tipos de cirurgia mais comuns são, respectivamente: a Banda

Gástrica Ajustável, a Derivação Bilio-Pancreática de Scopinaro, e o Bypass Gástrico (também conhecida por Derivação Gástrica em “Y” de Roux) (National Institutes of Health, 2009).

A gestão adequada requer a identificação de indivíduos que precisam de tratamento, o desenvolvimento de um plano de tratamento realista e implementar uma estratégia de tratamento definida, que possa ser modificada se necessário durante o acompanhamento a longo prazo. O *Guia Prático de Identificação, Avaliação e Tratamento do Excesso de Peso e Obesidade* foi desenvolvido pela North American Association for the Study of Obesity em conjunto com a National Institutes of Health e o National Heart, Lung, and Blood Institute (NIH, NHLBI, NAASO, 2000). O quadro 1 mostra as orientações sugeridas para seleccionar entre as diferentes opções de tratamento de perda de peso, com base no risco da doença (National Institutes of Health, 1998).

Quadro 1: Directrizes de Tratamento de Perda de Peso (Adaptado de NIH, 1998)

Tratamento	Categorias de IMC				
	25,0 – 26,9	27,0 – 29,9	30,0 – 34,9	35,0 – 39,9	> ou = 40,0
Terapia Dietética	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Actividade Física	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Terapia Comportamental	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Terapia Farmacológica		Com	Sim	Sim	Sim
		doenças			
		relacionadas			
		com a			
		obesidade			
Tratamento Cirúrgico				Com	Sim
				doenças	
				relacionadas	
				com a	
				obesidade	

CAPÍTULO II: QUALIDADE DE VIDA

2.1. Introdução

Segundo Wood-Dauphinee e Kuchler (1992), a expressão qualidade de vida foi utilizada por volta de 1920, no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar do trabalhador, tendo, entretanto, desaparecido até à década de 1960 (Pais-Ribeiro, 2007).

Os esforços para avaliar a qualidade de vida iniciaram-se nos anos 60, com o relatório da Commission on National Goals, do presidente Eisenhower, que visava promover a qualidade de vida da população americana. Eisenhower passou a considerar que a qualidade de vida deveria incluir vários indicadores sociais e ambientais, tais como educação, segurança, crescimento económico, saúde e bem-estar. Em 1964, o presidente Lyndon Johnson declarava que «... os objectivos não podem ser medidos pelo saldo da nossa conta bancária. Eles só podem ser medidos pela qualidade de vida que as pessoas têm» (Bech, 1993, p.1). Estava, assim, dada a primeira orientação para a avaliação desta variável, visto que a afirmação presidencial apontava como indicador privilegiado não os aspectos objectivos (*hard*), mas os aspectos que só se podiam avaliar com base na opinião das pessoas e que são considerados subjectivos (*soft*) (Pais-Ribeiro, 2007).

Num dos primeiros grandes estudos neste novo campo, intitulado *The Quality of American Life* (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976), os autores assumiram a complexidade da medida e esclareciam que as relações entre as condições objectivas e os estados psicológicos são muito imperfeitas e, assim, de modo a conhecer a experiência de qualidade de vida, será necessário ir directamente ao próprio indivíduo para que ele descreva como sente a sua vida. Esta investigação focava a experiência de vida em vez das condições de vida, ou seja, aquilo que as pessoas percebiam, sentiam acerca da sua vida, em vez daquilo que os especialistas (políticos, economistas, sociólogos, médicos, psicólogos, etc.) percebiam ou sentiam sobre a vida dessas pessoas. Esta ideia sobre o conceito de qualidade de vida ir-se-ia confirmar nos estudos posteriores, nomeadamente na área específica da saúde (Pais-Ribeiro, 2007).

No contexto específico da saúde, qualidade de vida pode ter um significado mais amplo ou mais restrito. O conceito qualidade de vida generalizou-se e popularizou-se no contexto da saúde, onde é frequentemente referido como «Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde» (ou seja, a qualidade de vida que está dependente da doença que o indivíduo tem) – *Health Related Quality of Life* – (HRQOL).

A qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se particularmente à qualidade de vida das pessoas que, por qualquer razão (neste caso, por causa da obesidade), estão ligadas ao sistema de cuidados de saúde, sendo o seu elemento central a saúde. A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde visa, assim, perceber de que forma os diferentes domínios são influenciados pelas características da doença que afecta a pessoa (Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2008). No âmbito deste estudo será utilizado o acrónimo genérico qualidade de vida para referir a qualidade de vida relacionada com a saúde.

2.2. Definição de Qualidade de Vida

Pais-Ribeiro (2007) afirma que, o domínio da saúde é o que explica melhor a qualidade de vida em geral. Muitos autores assumem uma forte identidade entre o conceito de qualidade de vida e o conceito de saúde tal como ele é definido pela World Health Organization (Pais-Ribeiro, 2007).

Na Constituição de 1946, a World Health Organization definiu “saúde” como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Esta definição representou a ruptura com a antiga noção de saúde em termos de morte e doença apenas (Kolotkin, Meter & Williams, 2001).

Pais-Ribeiro (2007) observa também que a ausência de definição da qualidade de vida no campo da saúde tem levado à produção de inúmeras definições, nem sempre conciliatórias. Gemert et al. (1998) referem que o conceito de qualidade de vida é complexo, porque deve incorporar todos os aspectos da vida.

A World Health Organization (1993) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição reflecte a visão de que a qualidade de vida se refere a uma avaliação subjectiva que está inserida num contexto cultural, social e ambiental. A qualidade de vida é definida como um conceito alargado que é afectado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência e relações sociais da pessoa, e a relação com as características salientes do respectivo meio (WHOQOL Group, 1993; WHOQOL Group, 1994; WHOQOL Group, 1996).

Calman (1984), define a qualidade de vida como sendo a diferença entre as expectativas pessoais e o que está a acontecer realmente na vida pessoal.

Ware (1987) desenvolveu o mais utilizado instrumento de qualidade de vida (SF-36), enfatizando a saúde como uma *dimensão* desta – saúde física, saúde mental, funcionamento quotidiano em actividades sociais e papéis sociais, e percepções gerais de bem-estar, permitindo ordenar de estados negativos de doença para estados mais positivos de bem-estar.

Ferrans e Powers (1992) desenvolveram o Quality of Life Index, definindo a qualidade de vida como o sentimento pessoal de bem-estar que provém da satisfação ou insatisfação com domínios da vida que são importantes para a pessoa.

Sullivan (1992) salienta que a qualidade de vida é inevitavelmente subjectiva, situacional, e parcialmente dominada pela condição de saúde subjacente.

Testa e Simonson (1996) afirmam que o termo qualidade de vida é utilizado para referir os domínios da saúde física, psicológica, e social, vistos como áreas distintas que são influenciadas pelas experiências da pessoa, crenças, expectativas e percepções.

Leidy, Revicki e Genesté (1999) consideram que a qualidade de vida é a percepção subjectiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para o indivíduo.

Fontaine e Barofsky (2001) defendem que a qualidade de vida é aceite como um construto multidimensional, englobando sentimentos emocionais, físicos, sociais e subjectivos de bem-estar, que reflectem uma reacção e avaliação subjectiva do indivíduo à saúde ou doença.

Para Dymek et al. (2002) a qualidade de vida reflete a forma como o individuo percebe e reage ao seu estado de saúde, e o efeito que a sua saúde tem em outros aspectos da sua vida, tal como o trabalho, actividades de lazer, e relações sociais.

Os problemas em definir a qualidade de vida deram origem a formas diversas de operacionalizá-la (Ogden, 2004), e reflectem-se na possibilidade de divergências acerca do conceito (Pais-Ribeiro, 2007). Pais-Ribeiro (2007) conclui que a amplitude de conceitos, explícitos ou implícitos, nas definições vão desde a definição de saúde fundadora da World Health Organization, passando por bem-estar, satisfação ou diferença entre expectativas. Ao clínico, como ao investigador, levanta-se a questão de saber, afinal que definição adoptar.

2.3. Evolução da qualidade de vida no campo da saúde e a importância da sua avaliação

Warr, já em 1978, considerava que a operacionalização do conceito de qualidade de vida é ainda mais difícil do que a sua definição (Silva, 2003).

Historicamente, considera-se a técnica de avaliação da funcionalidade de Karnofsky, a Karnofsky Performance Status (KPS) (Karnofsky et al., 1948), como uma das primeiras escalas de medição da qualidade de vida. Trata-se de uma medida baseada na observação da funcionalidade feita pelo clínico (Pais-Ribeiro, 2007). Deste modo, as primeiras tentativas de medição da qualidade de vida – em casos de cancro, artrites e doenças coronárias – foram desenhadas para auxiliar a avaliação sobre a qualidade de vida por profissionais médicos (Kolotkin, 2001). Por outro lado, o desenvolvimento de medidas de qualidade de vida levou à crescente aceitação de que a avaliação da qualidade de vida deve reflectir o ponto de vista do doente (Pais-Ribeiro, 2007).

Tradicionalmente, os resultados da Medicina e dos cuidados de saúde têm sido largamente determinados por avaliações médicas objectivas (isto é, mudanças mesuráveis nos parâmetros da saúde, estatuto de doença, custos dos cuidados de saúde). Cada vez mais, tornou-se claro que a perspectiva do paciente também é uma variável crítica. Como resultado, o foco mudou progressivamente, incluindo avaliações de resultados médicos/relacionados com a saúde a partir da perspectiva do paciente (Fontaine, & Barofsky, 2001).

Tais avaliações são potencialmente úteis para médicos, investigadores, administradores e políticos (Fontaine, & Barofsky, 2001; Kolotkin et al., 2001). Em primeiro lugar, estas avaliações oferecem um perfil do estado actual de um indivíduo que está a experimentar uma determinada doença ou doença crónica. Por exemplo, as avaliações da qualidade de vida relacionada com a saúde são comumente realizadas inicialmente para avaliar o impacto global de uma condição particular no funcionamento e bem-estar. Esta fornece informação adicional para além da oferecida pelas tradicionais medidas médicas e clínicas e, deste modo, é importante para ajudar a compreender a grande variabilidade nas respostas individuais a condições similares. Em segundo lugar, as medidas de qualidade de vida podem ser utilizadas como uma medida de resultado para avaliar os efeitos do tratamento. Pela mesma razão, a qualidade de vida pode ser utilizada para avaliar a eficácia e custo-eficácia das intervenções do tratamento (Fontaine, & Barofsky, 2001) e ajudar a estabelecer a eficácia comparativa de diferentes tratamentos (Kolotkin et al., 2001).

Tratar directamente as preocupações da qualidade de vida pode melhorar a qualidade de vida de um doente e simultaneamente aliviar sintomas da doença (Kolotkin et al., 2001). Finalmente, a um nível mais geral, informações sobre a qualidade de vida podem também influenciar o desenvolvimento de percursos clínicos, prestações de serviços, custos dos cuidados de saúde e políticas de saúde pública (Fontaine, & Barofsky, 2001).

A qualidade de vida é um construto particularmente relevante na investigação da obesidade e perda de peso, uma vez que a obesidade tem mostrado exercer significativas consequências negativas na qualidade de vida, que parecem ser resolvidas com uma

adequada perda de peso (Dymek et al., 2002; Fontaine et al., 1999; Kolotkin, Crosby, Williams, Hartley, & Nicol, 2001).

2.4. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Instrumentos Genéricos versus Instrumentos Específicos

Existem duas abordagens básicas para avaliar a qualidade de vida: a primeira envolve a utilização de instrumentos genéricos que medem amplos aspectos da qualidade de vida, a segunda, envolve a utilização de instrumentos que são específicos para uma doença, população, ou problema clínico.

Para uma avaliação abrangente das consequências de saúde deste cada vez mais prevalente problema de saúde pública, tem sido sugerida a utilização de medidas genéricas de funcionamento físico, mental, e social, e estado de bem-estar, referidas como medidas de qualidade de vida (Fontaine, & Barofsky, 2001; Kolothin, Meter, & Williams, 2001; Wadden, & Phelan, 2002). Estes instrumentos não foram desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida relativamente a uma condição médica particular, mas sim fornecer uma avaliação generalizada (Fontaine, & Barofsky, 2001; Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993; Kolotkin et al., 2001b).

Assim, as medidas multidimensionais avaliam a saúde no seu sentido mais lato. Embora estas medidas simples não dêem tanta informação como as mais longas, tem-se provado que elas têm uma elevada correlação com outras mais completas e são úteis enquanto medidas de resultados (Idler e Kasl, 1995). De um modo geral os investigadores têm tido a tendência de usar escalas compósitas. Dada a diversidade das formas de definir qualidade de vida, têm-se desenvolvido muitos testes diferentes, dos quais medidas genéricas da qualidade de vida que podem ser aplicadas a todos os indivíduos como o SF-36 (Ogden, 2004).

O Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36) é provavelmente o mais conhecido instrumento de qualidade de vida genérico. Este mede a qualidade de vida em oito domínios empiricamente distintos: funcionamento físico, limitações de

papeis devido a problemas físicos, dores corporais, percepção geral de saúde, vitalidade, funcionamento social, limitações de papeis como resultado de problemas emocionais, e saúde mental (Fontaine, & Barofsky, 2001; Kolotkin et al., 2001; Kolotkin et al., 2001b; Pais-Ribeiro, 2007). Esta escala é frequentemente utilizada para avaliar a qualidade de vida, provavelmente a mais utilizada (Pais-Ribeiro, 2007), existindo vários estudos em que foi utilizado o SF-36 para avaliar a qualidade de vida em indivíduos com obesidade (Kolothin, Meter & Williams, 2001). Outros instrumentos genéricos têm sido utilizados com doentes com obesidade, tais como Satisfaction with Life Scale, Extended Satisfaction with Life Scale e Quality of Life Inventory (Fontaine, & Barofsky, 2001).

A maior vantagem das medidas genéricas é que estas permitem comparações de qualidade de vida dentro de uma variedade de condições médicas. Do mesmo modo, os instrumentos genéricos podem ser administrados em diferentes populações para examinar o impacto de vários programas de cuidados de saúde/terapêuticos na qualidade de vida (Guyatt et al., 1993).

A maior limitação dos instrumentos genéricos de qualidade de vida é que estes não avaliam potenciais domínios de condições específicas da qualidade de vida. Por esta razão estes podem não ser suficientemente sensíveis para detectar efeitos subtis do tratamento (Guyatt et al., 1993). Por exemplo, uma avaliação de um paciente com obesidade com o SF-36 não irá fornecer informação sobre o impacto percebido que o seu peso tem em domínios potencialmente importantes, tais como a auto-estima e vida sexual, não permitindo a avaliação dos efeitos da perda de peso nestes domínios (Kolotkin, Head, Hamilton, & Tse, 1995).

A segunda abordagem para avaliar a qualidade de vida envolve a utilização de instrumentos que são específicos para uma doença, população, ou problema clínico. Medidas orientadas para doenças ou populações específicas serão provavelmente mais sensíveis, e deste modo, têm maior relevância para a prática clínica (Guyatt et al., 1993). O questionário Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL-Lite) foi o primeiro instrumento específico desenvolvido para avaliar a qualidade de vida na obesidade (Kolotkin et al., 1995; Kolotkin et al., 1997). Foram desenvolvidos vários outros instrumentos como o questionário Obesity-Related Well-Being (ORWELL 97) e

Health State Preference in Persons with Obesity Scale (HSP) (Barajas et al., 1998; Silva et al., 2008).

O IWQOL-Lite é uma medida de 74 itens que avalia o efeito do peso em oito domínios do funcionamento: saúde, social/interpessoal, trabalho, morbidade, autoestima, vida sexual, actividades do dia a dia e conforto com a alimentação (Engel, et al., 2005; Kolotkin et al., 1995; Kolotkin, Crosby, Kosloski, & Williams, 2001b; Kolotkin, Head, & Brookhart, 1997). O ORWELL 97 consiste em 18 itens que conceptualmente, procuram avaliar três áreas diferentes: sintomas (somáticos e do funcionamento físico), desconforto (estado emocional e preocupações relacionadas com a obesidade) e impacto (consequências da obesidade no relacionamento familiar, no desempenho funcional e na rede social do indivíduo) (Silva et al., 2008).

Se os instrumentos específicos para doenças fornecem avaliações “melhores” sobre a qualidade de vida do que os instrumentos genéricos, depende sem dúvida dos objectivos e da extensão da pesquisa (Fontaine, & Barofsky, 2001). Foi demonstrado em alguns estudos que instrumentos específicos para doenças são mais eficazes a detectar efeitos de tratamentos do que os instrumentos genéricos (Laupacis, Wong, & Churchill, 1991). Por sua vez, foi demonstrado que medidas específicas de *distress* psicológico para a obesidade se correlacionam mais fortemente com o peso corporal relativo, do que medidas gerais de *distress* psicológico (Klesges, Klem, & Klesges, 1992). Tem sido recomendado que na avaliação de intervenções terapêuticas específicas para doenças específicas sejam utilizados instrumentos específicos em adição a medidas genéricas para possibilitar uma avaliação mais compreensiva da qualidade de vida (Guyatt et al., 1993; Testa, & Simonson, 1996). A possível desvantagem da utilização de ambos os tipos de instrumentos, contudo, deriva de potenciais problemas logísticos associados com a administração de mais do que uma medida de qualidade de vida, tais como sobrecarregar o indivíduo, gestão do tempo e lidar com discrepâncias entre os resultados (Kolotkin et al., 1997).

Wadden e Phelan (2002) examinaram várias medidas utilizadas para avaliar a qualidade de vida das pessoas com obesidade, entre as quais, medidas genéricas e específicas. Para avaliar o impacto da obesidade na qualidade de vida, Wadden e Phelan (2002) recomendam o SF-36 por ser breve, fácil de administrar e por avaliar ambos os

domínios físico e mental. Este questionário tem uma extensiva validação psicométrica e disponibiliza normas para idade e sexo em diferentes populações. As escalas são responsivas ao tratamento de numerosas condições médicas, incluindo a obesidade. Por sua vez, o SF-36 permite aos investigadores comparar a qualidade de vida de indivíduos com diferentes condições de saúde (Wadden, & Phelan, 2002).

2.5. Obesidade e Qualidade de Vida

Embora seja amplamente reconhecido que a obesidade afecta negativamente a qualidade de vida, a maioria dos estudos restringiram-se a examinar o papel da obesidade na prevalência de doenças crónicas ou mortalidade (Fontaine et al., 1996), ou custos com os cuidados de saúde (Mathus-Vliegen, Weerd, e Wit, 2004).

É hoje amplamente reconhecido que a obesidade adversamente afecta a qualidade de vida. Vários estudos empíricos estimaram a influência da obesidade na qualidade de vida e, não pretendendo uma revisão exaustiva de todos os estudos publicados, examinaremos uma selecção destes estudos que nos pareceram relevantes.

Stewart e Brook (1983) desenvolveram um estudo transversal com uma amostra de 5817 participantes da população geral, com idades compreendidas entre os 14 e 61 anos, e descobriram que os participantes com excesso de peso apresentavam pior estado funcional, isto é, pior capacidade para desempenhar uma variedade de actividades tais como caminhar, subir escadas, trabalhar ou participar em actividades desportivas do que os participantes com peso normal. O excesso de peso estava também associado a dor, preocupação, uma negativa percepção geral de saúde e restrita actividade. O grau de obesidade estava ainda associado com maiores incapacidades funcionais.

Do mesmo modo, Sullivan et al. (1993) examinaram 1743 participantes através de um inquérito nacional realizado com pessoas com obesidade grave na Suécia (The Swedish Obese Subjects Study: SOS). Os participantes completaram uma extensa bateria de medidas validadas de qualidade de vida. Neste estudo, os autores descobriram que os participantes apresentavam elevados níveis de ansiedade e depressão, assim

como pior percepção de saúde, comparados com um grupo de referência saudável, com peso normal.

Nos estudos que examinaram a qualidade de vida na população geral, os investigadores utilizaram os dados provenientes de inquéritos nacionais tais como o Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (Ford et al., 2001; Hassan, Joshi, Madhavan, & Amonkar, 2003; Heo, Allison, Faith, Zhu, & Fontaine, 2003). Nestes inquéritos, a qualidade de vida foi avaliada por níveis de auto-avaliação do estado de saúde desenvolvidos pelo Centers of Disease Control and Prevention, incluindo dias não saudáveis devido a problemas físicos, mentais e com limitações na actividade. Estas medidas foram concebidas para avaliar a percepção de saúde, em oposição à avaliação do estado geral de saúde e funcionamento.

Ford et al. (2001) utilizaram os dados de 1996 do Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), relativos a uma grande amostra nacional, num total de 109076 participantes, para examinar de que forma o IMC está associado com as cinco medidas de qualidade de vida desenvolvidas pelo Centers of Disease Control and Prevention. Neste estudo, os autores descobriram que quer um baixo IMC, quer um elevado IMC comprometem significativamente a qualidade de vida. Os desvios de um IMC normal afectaram mais fortemente o funcionamento físico do que o funcionamento mental. A média global do número de dias não saudáveis foi não-linear (em forma de J ou U) relativamente ao IMC, com participantes com baixo peso e obesidade a declarar mais dias não saudáveis em comparação com os participantes com um peso normal. Apresentar obesidade foi também associado a um enfraquecimento da probabilidade de declarar ter um excelente saúde.

Heo et al. (2003) utilizaram também os dados da população geral do Behavioral Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS) relativos a 1999, num total de 155989 participantes, com o objectivo de estimar a associação entre o IMC e a qualidade de vida, e examinar de que forma dor nas articulações e comorbilidades relacionadas com a obesidade medeiam a associação entre o IMC e a qualidade de vida.

Os autores descobriram que estes dados transversais suportam uma associação directa entre o IMC e prejuízos na qualidade de vida após terem sido consideradas

covariáveis, como tabagismo, avaliação objectiva do estado de saúde e idade. Para os quatro índices de qualidade de vida, os autores observaram associações em forma de J com o IMC. Especificamente, em comparação com adultos com peso desejável, as pessoas com baixo peso, excesso de peso, obesidade classe I, II e III tinham uma maior probabilidade de declarar ter um pobre estado de saúde geral, assim como de apresentar mais dias não saudáveis devido a problemas físicos, bem como problemas mentais. Os resultados deste estudo tendem a confirmar estudos anteriores, que evidenciaram que o IMC parece estar mais fortemente associado com prejuízos ao longo dos domínios físicos da qualidade de vida (Fine et al., 1999; Fontaine, & Barofsky, 2001; Ford et al., 2001).

Os autores também encontraram evidências que suportam a hipótese de que a dor e comorbilidades relacionadas com a obesidade medeiam a relação entre o IMC e a qualidade de vida. Isto é, os efeitos de um elevado IMC na qualidade de vida foram significativamente atenuados quando a dor e comorbilidades relacionadas com a obesidade foram incluídas nos modelos. Estas descobertas sugerem que os efeitos de um elevado IMC na qualidade de vida podem ser influenciados pela presença de dor e comorbilidades relacionadas com a obesidade. Os autores sugerem que, em adição à substancial e justificável atenção prestada aos efeitos prejudiciais do excesso de peso corporal na saúde e doença cardiovascular, deverá ocorrer aumento de atenção ao problema da obesidade na comunidade reumatológica.

Hassan et al. (2003) utilizaram os dados da amostra do Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Surveillance System (BRFSS) do ano de 2000, num total de 182372 participantes, para examinar o IMC e a sua associação com os domínios da qualidade de vida – físico, mental e limitações de actividade. Neste estudo, os autores descobriram que ter obesidade ou obesidade grave está associado com uma significativa deterioração nos três domínios da qualidade de vida. Contudo, estar com excesso de peso não afectou significativamente os resultados da qualidade de vida.

Os participantes com obesidade apresentaram mais “dias não saudáveis” em termos de saúde física e mental, assim como limitações de actividade em comparação com participantes com peso normal. De notar, contudo, os indivíduos com obesidade

grave tinham uma maior probabilidade de perceber os domínios de saúde física como estando afectados e de apresentar limitações de actividade, do que de perceber a sua saúde mental como estando afectada, indicando que a obesidade grave tinha uma correlação positiva mais forte com a saúde física e limitações na actividade do que saúde mental.

Hassan et al. (2003) ajustaram a sua análise para comportamentos de dieta, assim como exercício físico, com o objectivo de examinar de que forma modificações no estilo de vida utilizados por indivíduos com obesidade para perder peso, estavam associadas com os resultados de qualidade de vida. Os autores descobriram que os indivíduos que utilizaram a dieta e exercício conjuntamente para perder peso apresentaram melhores resultados de qualidade de vida. Os indivíduos que utilizaram unicamente o exercício apresentaram melhores resultados de qualidade de vida do que os indivíduos que utilizaram unicamente modificações na dieta ou que não tentaram perder peso. Os autores concluem que é possível que os indivíduos com melhor qualidade de vida estavam capazes de praticar exercício e estavam motivados para utilizar controlos de dieta. Contudo, devido à natureza transversal deste estudo, não podem ser inferidas causalidades.

Jia e Lubetkin (2005) examinaram o impacto da obesidade na qualidade de vida na população geral de adultos dos Estados Unidos, utilizando os dados do Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) do ano de 2000, num total de 13646 participantes. Neste estudo, a qualidade de vida foi avaliada pelo SF-12 e EuroQol EQ-5D, e a escala analógica EQ VAS. Uma vez que o 2000 MEPS inclui o SF-12 e o EQ-5D, medidas que têm sido amplamente utilizadas e extensamente validadas em estudos baseados em espaços clínicos e populações gerais, o MEPS proporciona uma boa forma de estudar a qualidade de vida e o impacto da obesidade na qualidade de vida na população.

Em comparação com outros estudos, a análise dos autores focou o impacto da obesidade na qualidade de vida nos indivíduos sem condições crónicas associadas com a obesidade. Mesmo em exclusão destas condições, os resultados da qualidade de vida decresceram com o aumento do nível de obesidade. Em comparação com pessoas em outras categorias de IMC, as pessoas com obesidade grave tiveram os piores resultados de qualidade de vida, avaliada pelo SF-12 e EQ-5D. Os resultados de qualidade de vida

foram também significativamente piores nos participantes com excesso de peso e com obesidade moderada.

Os autores observam que, embora fossem os participantes com obesidade grave que apresentaram a pior qualidade de vida, os participantes com excesso de peso e com obesidade moderada podem representar o maior problema de saúde pública, dado que estas pessoas compreendem mais de metade do total dos adultos dos Estados Unidos. Adicionalmente, em comparação com as pessoas com obesidade grave, as pessoas com excesso de peso e com obesidade moderada têm uma menor probabilidade de procurar tratamento para a obesidade ou condições relacionadas com a obesidade (Jia & Lubetkin, 2005).

As relações entre os a qualidade de vida e as categorias de IMC foram evidentes em ambas as medidas, embora, para o SF-12, o domínio que parece ser mais afectado em pessoas com excesso de peso e obesidade é o funcionamento físico. De notar, contudo, os resultados do funcionamento mental foram os mais prejudicados nos indivíduos com extremos de IMC. Para as pessoas com obesidade grave, o decréscimo nos resultados do índice PCS-12 e EQ-5D foi clinicamente significativo.

Enquanto que a obesidade afecta negativamente a qualidade de vida, praticar actividade física, moderada ou vigorosa, tem um impacto positivo na qualidade de vida. As pessoas que eram fisicamente activas não só tinham um menor risco de ter obesidade, como também tiveram melhores resultados na qualidade de vida em todos os níveis do IMC. Os resultados deste estudo são consistentes com anteriores declarações de Ford et al. (2001) e Heo et al. (2003) de que a dieta e/ou a actividade física melhoram a saúde geral, e os riscos de ter 14 ou mais “dias não saudáveis” para as pessoas que documentaram ser fisicamente activas são pelo menos 20% mais baixos do que os riscos das pessoas que são inactivas.

Existe um número considerável de estudos que utiliza o SF-36 para avaliar a percepção da qualidade de vida em indivíduos com obesidade. A percepção da qualidade, utilizando o SF-36, tem demonstrado variar directamente com a gravidade da obesidade nos indivíduos que procuram tratamento não cirúrgico para a perda de peso, com os indivíduos com maiores níveis de obesidade a apresentarem pior qualidade de

vida (Fontaine, Cheskin, & Barofsky 1996) e pessoas com obesidade referindo dor e mostrando os maiores prejuízos (Barofsky, Fontaine, & Cheskin 1997).

Fontaine, Cheskin e Barofsky (1996) examinaram a qualidade de vida relacionada com a saúde, utilizando o SF-36, numa amostra de 312 adultos com obesidade (média de IMC = 38,1) que procuraram tratamento para perda de peso. Os autores descobriram que, antes do tratamento, os participantes com obesidade apresentaram uma baixa qualidade de vida nos oito domínios avaliados pelo SF-36. Especificamente, em relação às normas da população geral, estes indivíduos revelaram níveis significativamente mais baixos no funcionamento físico, limitação de papéis devido a problemas físicos, dores corporais, percepção geral de saúde, vitalidade, funcionamento social, limitação de papéis resultantes de problemas emocionais e saúde mental. É importante notar que os resultados do SF-36 da amostra foram ajustados para factores socio-demográficos, e várias comorbilidades, incluindo a depressão, com o objectivo de estimar o efeito único da obesidade da qualidade de vida.

Neste estudo de Fontaine et al. (1996), os autores observaram que os maiores efeitos da obesidade na qualidade de vida se sentiram nos domínios vitalidade e dor corporal. Os baixos resultados na vitalidade sugerem que a obesidade reduz os níveis de energia. A dor também parece ser uma questão importante, com 56% da amostra a apresentar algum tipo de dor crónica corporal. De facto, em comparação com outras condições médicas crónicas (tais como perturbação depressiva, vírus imunodeficiência humana (HIV), insuficiência cardíaca), os pacientes apresentaram prejuízos significativamente maiores no que respeita à dor corporal. O nível de incapacidade resultante de dor corporal foi comparável ao apresentado por pacientes que sofrem de dores de cabeça provocadas por enxaqueca crónica, uma doença caracterizada por uma dor grave e debilitante.

Barofsky, Fontaine e Cheskin (1997) examinaram posteriormente esta amostra de Fontaine et al. (1996) e descobriram que a dor nas costas (50%), artrite (28,4%), cefaleia (14,2%), e dor no peito (2,2%), foram queixas de dor mais prevalentes. Além disso, em análises ajustadas para características socio-demográficas e IMC, os autores descobriram que, comparativamente aos pacientes que não apresentaram dor, aqueles que a referiram revelaram apresentar pior qualidade de vida em todos os domínios da

qualidade de vida. Os valores mais baixos de qualidade de vida foram observados nos domínios do funcionamento físico e social, vitalidade, limitação de papéis devido a problemas físicos, e percepção geral de saúde. Estas descobertas indicam que a dor, independentemente do peso corporal, contribuiu significativamente para o comprometimento da qualidade de vida em pessoas com obesidade.

Este estudo de Barofsky et al. (1997) tem algumas limitações. Os pacientes com obesidade neste estudo não são provavelmente uma amostra representativa das pessoas com obesidade na população, bem como a natureza transversal do estudo não permite inferir relações causais entre a obesidade, dor e qualidade de vida.

Fontaine, Bertlett e Barofsky (2000) examinaram mais dados desta amostra, juntamente com uma amostra de 89 participantes com obesidade que indicaram não estar actualmente a tentar perder peso, com o objectivo de comparar as características socio-demográficas e a qualidade de vida entre os grupos de pessoas com obesidade que procuraram e não procuraram tratamento para a perda de peso. Globalmente, as pessoas com obesidade que procuraram programa universitário de tratamento para a perda de peso revelaram apresentar pior qualidade de vida, relativamente a pessoas com obesidade que não estavam actualmente à procura de tratamento. O impacto negativo no funcionamento foi mais evidente em relação a dor corporal, percepção geral de saúde, e vitalidade. Contudo, os resultados deste estudo sugerem que a obesidade parece ter um nítido impacto na qualidade de vida independentemente se a pessoa está ou não a tentar perder peso.

Neste estudo, Fontaine et al. (2000) descobriram também diferenças nas características socio-demográficas entre os grupos de pessoas que procuram tratamento e aquelas que não procuram. Nesta amostra, as pessoas com obesidade que procuram tratamento eram mais velhas, com maior IMC, caucasianas, e com maior probabilidade de estar num emprego de “colarinho branco”. Contudo, estas pessoas com obesidade que procuraram tratamento também tinham uma maior probabilidade de apresentar condições médicas comórbidas (como hipertensão, diabetes tipo 2) que estão associadas com a obesidade, sugerindo que as preocupações com a saúde podem influenciar a procura ou não de tratamento. De notar, ainda, que as diferenças na prevalência de

condições médicas comórbidas entre os dois grupos não pareceu contribuir significativamente para as diferenças na qualidade de vida.

Kolotkin, Crosby e Williams (2002) também compararam a qualidade de vida de indivíduos com excesso de peso e obesidade em diferentes subgrupos que variam de estatuto de tratamento procurado e intensidade de tratamento, utilizando uma amostra, geográfica e demograficamente diversificada, de 3353 indivíduos. Os autores utilizaram o questionário Impact of Weight on Quality of Life Lite para avaliar a qualidade de vida. Neste estudo, tal como o estudo de Fontaine et al. (2000), os autores descobriram que as pessoas com excesso de peso e obesidade que procuram tratamento diferem das pessoas que não procuram tratamento nas características demográficas. As pessoas em tratamento procurado tendem a ser mulheres, mais velhas, caucasianas, e com maior IMC do que as pessoas que não procuram tratamento. Contudo, de notar que em ambos os estudos, os indivíduos que não procuravam tratamento podem não ser representativos das pessoas com excesso de peso e obesidade da população geral, uma vez que as pessoas que não procuravam tratamento constituíam ambas amostras de conveniência, não podendo ser inferidas certezas de que as suas respostas são representativas do grupo.

Neste estudo, Kolotkin et al. (2002) descobriram que a qualidade de vida estava significativamente mais prejudicada nos grupos de tratamento procurado do que nos grupos que não procuraram tratamento. Nos grupos de tratamento, a qualidade de vida variou com o tipo de tratamento. Indivíduos bypass gástrico apresentaram o maior comprometimento, seguidos de pacientes em tratamento dia, seguidos por indivíduos em programas de perda de peso realizados em regime ambulatorio, e participantes integrados em ensaios clínicos. A qualidade de vida estava mais comprometida naqueles com maior IMC, nos caucasianos, e mulheres.

Fine et al. (1999) desenvolveram um estudo prospectivo observacional de 4 anos, utilizando os dados da amostra de Nurse's Health Study, num total de 40098 mulheres, com idades compreendidas entre os 46 e 71 anos, com o objectivo de examinar a qualidade de vida e o peso corporal, utilizando o SF-36. Os autores categorizaram as mulheres em quatro grupos de IMC (<25, 25-29,9, 30-34,9 e >35) e

descobriram uma associação entre o IMC e os resultados do SF-36. Isto é, um maior IMC foi associado com pior qualidade de vida em todos os domínios do SF-36.

Quando o SF-36 foi administrado quatro anos depois, Fine et al. (1999) descobriram que o ganho de peso foi associado a um decréscimo no funcionamento físico e vitalidade, e aumento de dor corporal, independentemente do peso no início do estudo. Com efeito, em comparação com mulheres que tiveram um peso estável, as mulheres que ganharam 9 ou mais Kilogramas ao longo dos quatro anos tiveram um declínio de 6,9 pontos na escala do SF-36 de funcionamento físico. Em contrapartida, a perda de peso foi associada com a melhoria do funcionamento físico e vitalidade, e decréscimo de dor corporal. Neste estudo, os autores também observaram que a alteração de peso teve maior impacto na saúde física do que saúde mental. Finalmente, o impacto na qualidade de vida da alteração de peso, especialmente o ganho de peso, foi tão forte em mulheres com 65 anos de idade ou mais, como em mulheres com menos de 65 anos, revelando que a idade não parece influenciar significativamente as associações entre a alteração de peso e a qualidade de vida.

Em conclusão, os estudos que tentaram estimar o efeito da obesidade na qualidade de vida indicam que: (1) as pessoas com obesidade apresentam fraca qualidade de vida; (2) sugere-se haver uma relação entre o IMC e o grau de comprometimento da qualidade de vida, na qual as pessoas com obesidade grave revelam pior qualidade de vida do que as pessoas com menores graus de obesidade; (3) observam-se associações não lineares (em forma de J ou U) entre a qualidade de vida e o IMC, com indivíduos com baixo peso e indivíduos com obesidade a declarar mais “dias não saudáveis”, em comparação com os indivíduos com peso normal; (4) a obesidade parece ter um maior impacto nos domínios físicos do funcionamento do que nos domínios de saúde mental; (5) a dor parece ser uma importante condição de comorbilidade que, por si só, parece ter um impacto significativo na qualidade de vida nas pessoas com obesidade; e (6) exercício físico e/ou dieta melhoram a saúde geral, destacando-se que as pessoas fisicamente activas têm um menor risco de ter obesidade, assim como têm melhores resultados na qualidade de vida independentemente do seu IMC.

2.6. Impacto da Perda de Peso na Qualidade de Vida

A maioria dos estudos que observaram a relação entre a obesidade e a qualidade de vida examinaram o efeito da redução do peso, através de intervenção cirúrgica, na capacidade funcional e qualidade de vida. Com a ocorrência da rápida e dramática perda de peso após a cirurgia, os pacientes experimentam mudanças assinaláveis na qualidade de vida (Fontaine, & Barofsky, 2001; Kolotkin et al., 2001; Kral, Sjostrom, & Sullivan, 1992).

Têm sido conduzidos estudos sofisticados com o objectivo de examinar as mudanças na percepção da qualidade de vida após a cirurgia, nos quais foram incluídos grupos de controlo, medidas validadas de qualidade de vida, e longos períodos de tempo de follow-up. Estes estudos indicam fortemente que a percepção da qualidade de vida melhora dramaticamente em pessoas que perderam grande parte do seu excesso de peso através do tratamento cirúrgico (Fontaine, & Barofsky, 2001; Kolotkin et al., 2001; Kral et al., 1992).

Choban, Onyejekwe, Burge e Flancbaum (1999) examinaram os efeitos da obesidade grave na saúde geral, bem como o impacto da perda de peso estável alcançada através de intervenção cirúrgica. Os autores avaliaram prospectivamente 53 pacientes submetidos a bypass gástrico Roux-en-Y para o tratamento da obesidade, utilizando o SF-36, antes da cirurgia, num ponto intercalar (3 a 6 meses) e após terem estabilizado o seu peso (>18 meses). Antes da cirurgia os pacientes com obesidade grave tiveram resultados significativamente mais baixos do que a população em geral em todas as áreas, excepto no papel emocional. Após a dramática perda de peso (em média 45Kg), os pacientes demonstraram melhorias significativas em todos os domínios do SF-36. Os resultados dos pacientes após terem atingido a estabilização do peso perdido foram os mesmo que os da população em geral (como ao nível do funcionamento físico, papel físico, saúde mental geral e percepção geral de saúde) ou significativamente melhores (funcionamento social, papel emocional, dor corporal e vitalidade). Os autores observaram que o tratamento cirúrgico da obesidade grave tem um impacto profundamente positivo na percepção que os indivíduos têm do seu estado de saúde.

Gemert, Adang, Greve e Soeters (1998) desenvolveram um estudo prospectivo com o objectivo de examinar os efeitos da redução de peso induzida cirurgicamente na qualidade de vida em indivíduos com obesidade mórbida. Os autores compararam um grupo prospectivo de 62 indivíduos com um grupo controlo de indivíduos em situação pré-operativa, utilizando o Nottingham Health Profile part I (NHP-I) e part II (NHP-II) e uma escala visual analógica para a avaliação da qualidade de vida. Os indivíduos com obesidade extrema tinham uma pior qualidade de vida do que o grupo de controlo. A fraca qualidade de vida observada no grupo controlo não foi observada no grupo pós-operativo, indicando que o comprometimento na qualidade de vida era resultado da obesidade extrema e que foi revertido pela perda de peso induzida cirurgicamente. De notar, na qualidade de vida, as maiores melhorias depois da perda de peso foram observadas nos domínios de energia e mobilidade no NHP-I. Além do mais, as possibilidades de emprego com sucesso aumentaram após a cirurgia de perda de peso. Este fenómeno foi também observado nos resultados do NHP-II do grupo pós-operativo.

Neste estudo, Gemert et al. (1998) observaram que a qualidade de vida a curto prazo foi melhor do que a qualidade de vida a longo prazo, embora, contudo, a qualidade de vida dos doentes após a cirurgia permanecesse superior à dos pacientes antes da cirurgia. Os autores concluíram que a qualidade de vida está relacionada com a perda de peso e não com o tipo de procedimento cirúrgico, nem com complicações cirúrgicas.

Dymek, Grange, Neven e Alverdy (2002) examinaram a qualidade de vida em quatro grupos de pacientes submetidos a cirurgia gástrica bypass avaliados em quatro momentos: pré-cirurgia (G1, $n = 80$), várias semanas após cirurgia (G2, $n = 60$), 6 meses pós-cirurgia (G3, $n = 93$) e 1 ano após a cirurgia (G4, $n = 83$). Os pacientes completaram três medidas de qualidade de vida: o Short Form 36 (SF-36), Impact of Weight on Quality of Life-Lite Questionnaire (IWQOL-Lite) e Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). Os participantes completaram ainda o Beck Depression Inventory (BDI) e o Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE). Os resultados desta análise foram surpreendentes, uma vez que foram observadas diferenças significativas na qualidade de vida relativamente cedo após a cirurgia: 2 a 4 semanas após a cirurgia (G2) foram evidentes diferenças significativas na avaliação dos pacientes da sua saúde geral, depressão e auto estima, em comparação com o grupo pré-

cirúrgico. Os resultados deste estudo indicam que o período de tempo entre várias semanas após a cirurgia (G2) e os 6 meses (G3) foi inequivocamente o período de maiores diferenças, do ponto de vista estatístico e clínico, em todas as medidas avaliadas. Foram observadas diferenças significativas entre os grupos de 6 meses (G3) e de 1 ano (G4) após a cirurgia, no funcionamento físico, auto-estima, vida sexual, e *distress* público. Os resultados globais da cirurgia, avaliados utilizando o BAROS revelam que, no grupo dos 6 meses após a cirurgia (G3) os indivíduos experimentaram menos comorbilidades médicas e melhor qualidade de vida, podendo os seu resultados ser definidos como “*multo bons*”. Também é notável que, no grupo dos 6 meses após a cirurgia, os pacientes revelaram níveis de qualidade de vida e funcionamento psicossocial semelhantes aos da população em geral. Ambos os grupos com 6 meses após a cirurgia (G3) e 1 ano após a cirurgia (G4) mostraram níveis de qualidade de vida similares a pessoas com peso normal, medidos pelo SF-36. Similarmente, os doentes revelaram níveis de depressão considerados normais, sugerindo não existir perturbação a este nível.

Neste estudo, as medidas escolhidas oferecem uma extensa análise da qualidade de vida: a administração do SF-36 torna possível a comparação com outras populações, e o IWQOL-Lite e BAROS examinam a qualidade de vida relativamente à obesidade e a qualidade de vida relativamente à cirurgia. No entanto, apresenta como limitação o facto do seu desenho ser transversal.

Mathus-Vliegen, Weerd e Wit (2004) desenvolveram um estudo com o objectivo de comparar a qualidade de vida de indivíduos com obesidade com um grupo de referência com peso normal, antes e um ano depois de um programa de perda de peso por gastrobandoplastia. Um questionário de qualidade de vida consistindo numa bateria de medidas genéricas e específicas foi administrado a 50 doentes com obesidade mórbida em duas ocasiões, bem como a 100 indivíduos saudáveis, com peso normal. Neste estudo, os autores descobriram que a qualidade de vida estava significativamente comprometida nos indivíduos com obesidade. Antes do tratamento, os pacientes com obesidade diferiram do grupo de referência com peso normal em quase todos os aspectos do bem-estar mental, físico e social; apresentam mais baixas por doença e menos actividades físicas e sociais. Um ano após entrarem no programa de perda de peso, os indivíduos tinham uma perda de peso média de 35 Kg. Estes mostraram

melhorias em quase todos os domínios do inquérito de qualidade de vida, com melhorias no bem-estar psicológico e na auto-estima, redução dos estados de depressão, aumento de produtividade no trabalho, maiores níveis de actividade física e social, e uma melhor percepção global de saúde geral. Estes indivíduos superaram até o grupo de referência nas actividades físicas.

Mathus-Vliegen e Wit (2007), continuaram este estudo acompanhando estes doentes durante cinco anos. Os doentes completaram um questionário de qualidade de vida 1, 2,5 e 5 anos depois da cirurgia gástrica. Os autores referem que a cirurgia foi bem sucedida em todos os indivíduos. A perda de peso média foi de 42,1%, 42,2% e 41,6%, respectivamente. Os autores constataram que o bem-estar geral, o *distress* relacionado com a saúde, depressão, atratividade percebida e auto-estima melhoraram significativamente durante os cinco anos e, excepto para o bem-estar geral, continuaram a melhorar depois de cinco anos. Neste estudo, os autores observaram também um aumento na actividade física e na produtividade do trabalho. Os autores concluíram que o sucesso da perda de peso foi o principal determinante do bem-estar geral e do *distress* relacionado com a saúde, e estes foram adversamente afectados por complicações relacionadas com a cirurgia. Nos indivíduos que atingiram um IMC inferior a 30, os resultados melhoraram para valores semelhantes a indivíduos com peso normal.

Em conclusão, na maioria dos estudos, a redução de peso induzida cirurgicamente produz melhorias dramáticas na maioria dos índices de qualidade de vida. Isto é, as pessoas com obesidade submetidas a cirurgia de redução de peso documentaram melhorias no funcionamento físico e morbidade, capacidade para trabalhar, saúde mental, auto-estima, confiança, actividade sexual, interacção social e satisfação geral com a vida. Além disso, a maioria dos estudos de intervenção realizaram follow-up com os indivíduos, sugerindo que os efeitos da redução de peso são estáveis.

Estas melhorias na qualidade de vida produzidas pela perda de peso induzida cirurgicamente foram também observadas em adolescentes (Loux et al., 2008; Zeller, Modi, Noll, Long, & Inge, 2009).

Para além da melhoria na qualidade de vida, estudos econométricos demonstraram que as pessoas com obesidade grave que perderam peso através de cirurgia tendem a começar ou a retomar o emprego a tempo inteiro ou parcial, reduzindo os custos económicos impostos pela obesidade (Hawke et al., 1990).

Embora seja evidente que a redução de peso tem um impacto positivo sobre a qualidade de vida, é importante lembrar que estes estudos utilizaram indivíduos com obesidade grave que optaram por tratamento cirúrgico para controlar o seu peso. No entanto, vários estudos observaram que a redução de peso induz efeitos benéficos na qualidade de vida em pessoas com baixos graus de obesidade e participantes em tratamentos de perda de peso com formas menos invasivas, mesmo após pequenas a moderadas perdas de peso.

Rippe et al. (1998) seleccionaram aleatoriamente 80 mulheres com obesidade moderada para um programa de 12-semanas de perda de peso ou controlo – Weight Watchers. Neste estudo, os autores utilizaram o SF-36 para avaliar a qualidade de vida no início do estudo, e após 12 semanas de tratamento. O grupo de intervenção perdeu em média 6 Kg durante o curso do tratamento, enquanto que o grupo controlo ganhou em média 1,3Kg. Em comparação com o grupo controlo, o grupo integrado no programa para perda de peso melhorou significativamente no follow-up nos domínios de funcionamento físico, vitalidade e saúde mental. Estes resultados sugerem que uma modesta redução de peso, através da modificação do estilo de vida em mulheres com obesidade moderada, induz melhorias significativas nos domínios físicos da qualidade de vida.

Fontaine et al. (1999) desenvolveram um estudo com 38 indivíduos com obesidade leve a moderada (média de IMC = 31,6) integrados num programa de modificação do estilo de vida, o qual incluía uma dieta equilibrada em calorias, ênfase no aumento da actividade física e reuniões de grupo semanais focadas em modificação de comportamentos. A qualidade de vida foi avaliada utilizando o SF-36 no início do estudo e após 12 semanas de tratamento. Neste estudo, os participantes perderam uma média de 8,6 Kg, e em comparação com os resultados do SF-36 no início do tratamento, revelaram melhorias significativas na qualidade de vida em relação ao funcionamento

físico, saúde mental, percepção geral de saúde, papel físico, vitalidade, dor corporal e funcionamento social.

Fine et al. (1999) descobriram que, nos participantes de Nurse's Health Study, a perda de peso foi associada com melhorias no funcionamento físico, vitalidade e dor corporal. Embora a proporção de mulheres que intencionalmente perdeu peso durante este estudo seja desconhecida, estes resultados sugerem que a redução de peso confere benefícios significativos em relação à qualidade de vida, mais claramente nos domínios físicos.

2.7. Em resumo:

A obesidade é um importante problema de saúde pública. Não só a obesidade é um importante factor de risco para uma variedade de doenças comportamentais, como também tem um impacto devastador na qualidade de vida.

As pessoas com obesidade experimentam danos significativos na qualidade de vida como resultado da obesidade. Fontaine e Bartlett (1998) afirmam que os danos na capacidade de um indivíduo com obesidade viver total e activamente como ele ou ela deseja podem ser uma séria consequência da obesidade, como são os seus efeitos adversos na morbidade e mortalidade.

As pessoas com obesidade tendem a revelar ter graves dificuldades na capacidade de desempenhar as suas actividades físicas do dia-a-dia. Embora a obesidade pareça estar associada com decréscimos substanciais no funcionamento social e saúde mental, a magnitude destes decréscimos pode ser ligeiramente mais fraca do que os observados no que diz respeito aos domínios do funcionamento físico (Fine et al., 1999; Fontaine et al., 1996; Ford et al., 2001; Heo et al., 2003). Também parece haver uma associação entre o IMC e o grau de comprometimento da qualidade de vida, na qual as pessoas com obesidade grave revelam significativamente pior qualidade de vida do que as pessoas com menores graus de obesidade. Estas descobertas sugerem que o efeito da obesidade na saúde pública vai muito além das suas consequências médicas. A

obesidade produz profundos decréscimos no estado funcional e no bem-estar subjectivo que, para muitas pessoas, podem ser de maior relevância do que as comorbilidades médicas associadas com a obesidade (Fontaine et al., 2001).

Após a perda de peso, a percepção da qualidade de vida melhora significativamente, mesmo quando a perda de peso é pequena ou moderada. Os benefícios de uma dramática perda de peso são especialmente significativos, e estes benefícios continuam por alguns anos (Fontaine et al., 2001; Kolotkin et al., 2001).

Dadas as dificuldades associadas com a perda de peso e a sua manutenção através da modificação do estilo de vida (Faith, Fontaine, Cheskin & Allison, 2000), parece razoável, de uma perspectiva de saúde pública, que sejam feitos esforços para desenvolver e implementar intervenções que abordem não só o peso, mas também melhorias na qualidade de vida (Fontaine et al., 2001). Isto é consistente com conceptualizações da obesidade como uma doença crónica (Stunkard, 1996), cujos problemas de saúde associados podem ser monitorizados e controlados, mesmo que nem sempre curados (Fontaine et al., 2001). De facto, tem crescido o reconhecimento pelos profissionais de saúde de que em algumas doenças crónicas tais como a obesidade, nas quais é altamente improvável que possamos curar a condição, a qualidade de vida possa ser um dos mais importantes resultados de saúde a considerar na gestão da doença (Kolotkin et al., 2001). A obesidade exerce uma considerável influência na qualidade de vida, tornando-se essencial encontrar formas de promover mudanças positivas na qualidade de vida das pessoas com obesidade, independentemente da perda de peso ser ou não mantida. Concretizar isto será um desafio de saúde pública (Fontaine et al., 2001)

A avaliação da qualidade de vida permite aos clínicos e investigadores uma melhor compreensão do impacto biopsicossocial do excesso de peso corporal. Uma tal compreensão tem o potencial de influenciar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes com obesidade. Discutir os resultados de uma avaliação da qualidade de vida com um paciente com obesidade pode estimular uma conversa que incida explicitamente sobre o impacto que o seu peso corporal tem tido na forma como vive a sua vida. Uma vez que o peso corporal é geralmente adquirido lentamente, e insidiosamente, muitos pacientes com obesidade não estão conscientes do impacto que o

seu peso tem tido sobre importantes dimensões até que lhe seja dada uma atenção específica. Examinar o impacto do peso corporal sobre estas dimensões permitirá aos clínicos personalizar os potenciais benefícios que podem ser conferidos como resultado da perda de peso nos indivíduos com obesidade (Fontaine et al., 2001).

É conhecido que os objectivos de perda de peso dos doentes se encontram frequentemente em níveis irrealistas (Foster, Wadden, Vogt, & Brewer, 1997), o que pode resultar em desencorajamento no processo de perda de peso, minimização dos ganhos alcançados nos comportamentos positivos e na qualidade de vida, e perda de esperança. Ao incorporar estas questões particulares da qualidade de vida no desenvolvimento de um plano para um indivíduo em particular, é provável que a motivação deste indivíduo aumente. Ao promover os benefícios físicos, emocionais e sociais da pequena a moderada perda de peso, podemos ajudar os indivíduos com obesidade a sentirem-se bem sucedidos, e posteriormente mais satisfeitos com os resultados dos tratamentos (Fontaine, & Bartlett, 1998). Uma perda de peso de 10-15% é mais realista, sustentável e irá provavelmente permitir alcançar a maioria dos benefícios de saúde associados com a perda de peso (Fontaine et al., 2001).

Deste modo, a utilização de avaliações da qualidade de vida pode ser valiosa para ajudar os doentes com obesidade a perceber que podem melhorar significativamente a sua qualidade de vida sem necessariamente chegar a algum “peso ideal”. Assim, a avaliação da qualidade de vida pode ajudar os indivíduos com obesidade a redefinir o sucesso para além do simples alcançar de um determinado peso. Considerar a qualidade de vida como um importante resultado muitas vezes traduz-se num reforço da motivação para fazer modificações no estilo de vida (tais como, comer alimentos mais saudáveis, tornar-se fisicamente mais activo) ao serviço da qualidade de vida e não o peso corporal *per se* (Fontaine et al., 2001).

Para Fontaine (2001), a avaliação da qualidade de vida pode ser utilizada como uma ferramenta clínica para ajudar indivíduos com obesidade na definição do seu actual estado e na tomada de consciência de importantes áreas das suas vidas nas quais a perda de peso e a modificação do estilo de vida poderiam ter benefícios. Assim, a avaliação e discussão da qualidade de vida pode ajudar os clínicos a aumentar a

probabilidade de fornecer o cuidado compreensivo necessário para examinar adequadamente uma doença tão complexa e multifacetada como a obesidade.

Kolotkin et al. (2001) defendem que estas recomendações sobre incorporar as questões da qualidade de vida nas considerações dos tratamentos são consistentes com as recomendações do National Institute of Health, que sugerem o desenho do tratamento focado nas necessidades dos pacientes (National Institute of Health, 2000).

CAPÍTULO III: DEPRESSÃO

3.1. Introdução

Os custos médicos, sociais e económicos da perturbação depressiva major têm-se tornado visíveis nas últimas décadas. A World Health Organization (2009) mostrou que a depressão é principal causa de incapacidade (medida pelo *Years Lived with Disability* - YLDs), e a quarta a contribuir para os custos globais de doença (*Disability Adjusted Life Years* - DALYs) em 2000. As actuais estimativas sustentam que, em 2020, a depressão será a segunda causa mais importante de custos de doença em todo o mundo (World Health Organization, 2009b).

A depressão é um dos mais graves problemas de saúde mental no mundo, com consequências substanciais ao nível do sofrimento humano, perda da vida, e perda de produtividade (Klerman, 1989; Klerman, & Weismann, 1992). A evidência sugere que indivíduos com depressão major, ou com sintomas de depressão graves, tendem a experimentar incapacidades em múltiplos domínios, incluindo no emprego e nas funções físicas e sociais (Judd et al., 2000; Keitner, & Miller, 1990; Wells et al., 1989; Whisman, & Bruche, 1999). A depressão pode levar ao suicídio, uma fatalidade trágica associada à perda de cerca de 850 000 vidas a cada ano (World Health Organization, 2009b).

3.2. Definição de Depressão

Fonseca (1988) defende que a depressão, conhecida classicamente pela designação de «melancolia», constitui uma das formas clínicas psiquiátricas mais comuns e a de mais larga difusão em todos os povos e etnias. O termo depressão pretende significar, num sentido genérico, a inibição ou lentificação de uma ou várias funções psicofisiológicas, como, por exemplo, a função alimentar (anorexia), a função sexual (impotência), a função locomotora e outras actividades psicofísicas (Fonseca, 1988).

De acordo com o autor, no sentido psiquiátrico propriamente dito, a depressão significa perda ou abaixamento da iniciativa e da capacidade vital, instalando-se no

indivíduo um certo grau de desespero, que assenta sobre um sentimento (aparente ou oculto) de *culpabilidade* e que lhe faz perder o prazer de usufruir a própria vida. Os termos mais adequados para exprimir esse sentimento são, na língua portuguesa, os de *abatimento* ou de *infelicidade*, já que o principal sintoma da chamada «depressão típica» é a *tristeza*, a qual pode ser de natureza motivada (reactiva e sintomática) ou de natureza imotivada (vital e endógena), consoante as suas diversas causas (Fonseca, 1988).

O debate sobre a distinção entre depressão endógena e depressão exógena continua na ordem do dia, ainda que argumentos bem fundamentados se insurjam contra uma tal visão (Braconnier, 2007). Contudo, esta classificação depende das presumíveis causas da doença, em que se considera que a depressão exógena ou reactiva é originada pelas circunstâncias que se abatem sobre o indivíduo, enquanto a depressão endógena ou biológica surge sem elementos desencadeadores óbvios. Sabe-se agora que as causas destas perturbações são mais complexas. Por exemplo, determinados acontecimentos de vida podem desencadear o que anteriormente foi considerado como um tipo biológico. De igual modo, algumas pessoas enfrentam adversidades no decurso da sua existência ficam deprimidas, enquanto outras parecem conseguir suportar todos os obstáculos da vida (Hallstrom & Mcclure, 2000).

Braconnier (2007) sublinha que, por detrás da palavra depressão, se esconde sempre uma perturbação afectiva, ou seja, um afecto doloroso específico composto de tristeza, de mal-estar, de dor moral, de perda de prazer com tudo o que anteriormente era considerado agradável e, finalmente, por uma agressividade mais ou menos expressa contra si (*culpabilidade*) ou contra os outros (*irritabilidade*).

Fonseca (1988) refere que, além do sintoma tristeza, que pode variar de intensidade, desde formas leves e moderadas até formas agudas e estuporosas, são frequentes outros sintomas psíquicos (desinteresse, despersonalização, ansiedade e ideias de suicídio) e somáticos (dores, agitação, insónia, cefaleias, tonturas, inibição, fadiga, alteração do apetite ou do funcionamento digestivo, manifestações dermatológicas e neurovegetativas várias).

Qualquer desses diversos tipos de sintomas, cujas características variam, por vezes, com a idade (depressões da adolescência, da idade adulta, do climatério e da senilidade), pode adquirir tal intensidade que chega a dominar e a mascarar a própria tristeza, surgindo, assim, formas clínicas atípicas que designamos por «ansiosas-agitadas», «inibidas», «equivalentes» e «mascaradas» (Fonseca, 1988).

Os critérios empregues para descrever as manifestações características são, de um modo geral, idênticos no adulto, no adolescente e na criança pré-púbere, ainda que algumas características clínicas da depressão se alterem com a idade: as queixas somáticas, a irritabilidade e o isolamento social são frequente na criança; a hipersónia e as ideias delirantes observam-se, por vezes, no adolescente, enquanto que a lentificação psicomotora, as manifestações mais «mentalizadas» da depressão, como o sentimento de culpa ou de incapacidade e a perda de esperança são mais frequentes no adulto (Braconnier, 2007).

O principal conteúdo fenomenológico da depressão ou melancolia parece ser, pois, constituído pelo sentimento de «culpa» inerente ao abatimento do humor, do mesmo modo que o «medo» constitui o principal conteúdo fenomenológico da angústia. Daí as frequentes ideias de suicídio, que, de uma forma aparente ou latente, se encontram em muitos doentes deprimidos (Fonseca, 1988).

Fonseca (1988) analisa também que, do ponto de vista da evolução, as depressões podem classificar-se, ainda, em formas «isoladas», formas «periódicas» ou «unipolares» e formas «alternas» ou «bipolares» (que alternam com formas maníacas). Neste último caso, a depressão integra-se no quadro clínico clássico da chamada psicose maníaco-depressiva ou em formas mais atenuadas, que Kahlbaum designou por ciclotimia (flutuação leve do humor, em que um estado de excitação pode alternar com uma depressão ligeira).

Há vários indivíduos para quem a tristeza adquire uma espécie de maneira de ser mais ou menos permanente, dando lugar à estruturação de *personalidades psicopáticas do tipo depressivo* (Fonseca, 1988).

Braconnier (2007) defende que a gravidade da depressão depende da intensidade da tristeza e da culpabilidade, mas também, em grande escala, das perturbações da personalidade, perturbações ansiosas, perturbações aditivas e risco de suicídio. Alguns factores podem ser considerados como elementos de um prognóstico favorável: o início agudo das perturbações, relacionado com um acontecimento de vida, a ausência de perturbações psicopatológicas na infância e de perturbações associadas; e o início precoce de um tratamento adequado.

As classificações actuais em psiquiatria, como a *Classificação Internacional das Doenças* (ICD) e o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações* (DSM) definem as perturbações do humor no seio de diversas perturbações mentais. As perturbações de humor codificáveis dividem-se em perturbações «unipolares» (Perturbação Depressiva *Major* e Perturbação Distímica), em Perturbações Bipolares (Perturbação Bipolar I e Bipolar II e Perturbação Ciclotímica) e em perturbações com etiologia estabelecida (Perturbação do Humor Secundária a Um Estado físico Geral e a Perturbação do Humor Induzida por Substâncias) (Frances & Ross, 2004).

Os critérios das Perturbações do Humor são suficientemente amplos para permitirem que grupos bastante heterogéneos de doentes recebam cada um dos diagnósticos. O diagnóstico de Perturbação Depressiva *Major* pode ser utilizado para descrever doentes com depressão relativamente ligeira e reduzido défice, sendo também aplicável aos doentes com perturbações mentais mais graves e persistentes. Ambos os especificadores, transversais e longitudinais, foram incluídos no DSM-IV para permitir que o profissional de saúde descreva mais especificamente as apresentações, de tal forma que o auxiliem no planeamento do tratamento e na determinação do prognóstico (Frances & Ross, 2004).

A classificação da ICD-10 propõe a distinção entre: Episódio maníaco [F30.x]; Perturbação afectiva bipolar [F31]; Episódio depressivo [F32.x]; Perturbação depressiva recorrente; Perturbação do humor (afectivas) persistentes – ciclotimia [34.0]

A classificação actual do DSM-IV-R das perturbações do humor distingue essencialmente dois tipos pelo seu aspecto clínico, pela sua evolução e pela sua abordagem terapêutica (APA, 2006):

- As Perturbações Depressivas, que agrupam essencialmente a Perturbação Depressiva *Major* com um (296.2x) ou vários (296.3) episódios depressivos *major*, cujos sintomas (cinco no mínimo, entre os quais, necessariamente, humor depressivo ou perda de interesse ou de prazer) devem, por convenção, estar diariamente presentes durante um período mínimo de duas semanas, assinalando uma mudança relativamente ao funcionamento anterior;

- As Perturbações Distímicas (300.4), descritas como um humor depressivo em metade dos dias durante, no mínimo, dois anos, aliado a pelo menos dois sintomas clássicos (perturbação do sono, do apetite, etc.).

As perturbações bipolares, no interior das quais se distinguem, essencialmente, a Perturbação Bipolar I (296.xx) (clássica maníaco-depressão, variável consoante a intensidade e a frequência da mania), Perturbação Bipolar II (296.89) (episódios depressivos *major* recorrentes com episódios hipomaniacos) e a Perturbação Ciclotímica (301.13) (alternância da hipomania com o momento depressivo *a mínima*).

Reconhecendo a extensiva comorbilidade entre a ansiedade e depressão (Kessler et al., 1996; Artorius et al., 1996), Watson et al. (1995) consideram que, fenomenologicamente, a ansiedade e a depressão são claramente distintas uma da outra. Watson et al. (1995) salientam que, apesar de parecerem distintas, tem sido difícil distinguir estes construtos empiricamente.

Clark e Watson (1991) propuseram um modelo tripartido da depressão e ansiedade que divide os sintomas em três grupos: sintomas de *distress* generalizado que são amplamente não específicos (inclui sintomas que se destacam nos dois tipos de perturbação, como a insónia, irritabilidade e dificuldade de concentração, sendo responsáveis pela forte associação entre medidas de ansiedade e de depressão), manifestações de anedonia e baixo afecto positivo que são específicos da depressão, e sintomas somáticos de tensão e estimulação que são relativamente únicos na ansiedade. Deste modo, o modelo defende que a depressão e ansiedade são melhor diferenciadas se não enfatizarmos os sintomas não específicos e nos focarmos nos grupos de sintomas únicos (Watson et al., 1995).

Uma vez que a depressão está associada com condições médicas crônicas, fraca adesão ao tratamento, uma maior utilização dos serviços de saúde, e pior resultados de saúde, a relação entre a obesidade e a depressão é importante quer para os clínicos, investigadores, quer para a criação de políticas de saúde (Katon & Ciechanowski, 2002; Katon & Sullivan, 1990).

3.3. Obesidade e Depressão

De acordo com Faith, Matz e Jorge (2002), a obesidade e a depressão evoluíram como duas doenças independentes. Assim, os modelos etiológicos comuns têm tido pouco desenvolvimento desde os modelos psicodinâmicos e, no que diz respeito a inovações clínicas, os dois estados raramente se sobrepõem.

Compreender a relação entre a obesidade e a depressão pode ser, de acordo com Friedman e Brownell (1995), mais complicado do que inicialmente se possa pensar.

Os estudos que examinaram a associação entre a obesidade e a depressão revelaram resultados inconsistentes (Faith et al., 2002; Friedman, & Brownell, 1995; Onyike, Crum, Lee, Lyketsos, & Eaton, 2003). Alguns estudos encontraram uma associação entre elas (Roberts, Deleger, Strawbriedge, & Kaplan, 2003; Roberts, Kaplan, & Shema, 2000; Roberts, Strawbriedge, Deleger, & Kaplan, 2002; Sullivan, Karlsson, & Sjostrom 1993), mas outros não (Faubel, 1989; Friedman, & Brownell, 1995; Hallstrom, & Noppa, 1981). Alguns estudos descobriram uma associação entre a obesidade e uma elevada taxa de depressão nas mulheres, mas não nos homens (Istvan, Zavela, & Weidner, 1992; Noppa, & Hallstrom, 1981). Outros estudos documentaram uma associação inversa entre a obesidade e a depressão nas mulheres (Crisp, & Guinness, 1976; Crisp, Queenan, & Sittampaln, 1980) e nos homens (Carpenter, Hasin, & Allison, 2000; Crisp, & McGuinness, 1976; Crisp et al., 1980; Palinkas, Wingard, & Barrett-Conner, 1996), sugerindo a hipótese conhecida como “*Jolly Fat*”, que originalmente afirmava que a obesidade e os hábitos alimentares das pessoas com obesidade podem proteger os adultos da experiência de ansiedade, depressão e disforia (Crisp, & McGuinness, 1976).

Como observaram Friedman e Brownell (1995), na sua extensa revisão da literatura, a variabilidade das descobertas não é surpreendente, dada a variabilidade das metodologias e medidas da saúde mental adoptadas, combinadas com a heterogeneidade da população com obesidade e a atenção a potenciais moderadores da relação entre a obesidade e as perturbações mentais (tais como a idade, o sexo, o estatuto socioeconómico e a etnia).

Na sua revisão, Friedman e Brownell (1995) concluíram que, provavelmente, existem múltiplas relações entre a obesidade e a depressão. Estes autores propuseram uma “segunda geração” de pesquisas que se focasse na identificação de potenciais factores de risco para a depressão *dentro* da população com obesidade (em preparação para futuros estudos prospectivos multivariáveis). Os autores enfatizaram a importância das futuras investigações partirem de desenhos de estudos mais rigorosos, assim como da adopção de estratégias analíticas que ajudem a estabelecer os caminhos causais através dos quais a obesidade e a depressão estão ligadas.

De acordo com estes autores, a população com obesidade é heterogénea nas suas experiências psicossociais, o que não possibilita generalizar a relação entre a obesidade e um factor psicológico, como a depressão. Os autores sugerem que, como forma de melhor compreender a depressão entre os indivíduos com obesidade, é importante considerar quem sofre e, conseqüentemente, os mecanismos que ligam estas condições.

A teoria e a investigação sugerem que a obesidade e a depressão podem ter uma relação causal, na qual a associação pode ser bidireccional (Barry et al., 2008; Faith et al., 2002; Markowitz, Friedman, & Arent, 2008; Mather et al., 2009; Simon et al., 2006).

Markowitz et al. (2008) propuseram um modelo teórico bidireccional da obesidade e depressão, identificando mecanismos comportamentais, cognitivos, fisiológicos e sociais, que podem ser responsáveis pela ligação entre a obesidade e a depressão, e vice-versa.

Como Markowitz et al. (2008) notam, para compreender a etiologia e implicações de tratamento para a depressão e obesidade, é essencial examinar o espectro

completo de cada. O excesso de peso, tal como a depressão, ocorre num continuum, e do mesmo modo que aqueles indivíduos que não têm depressão clínica, e os indivíduos que têm excesso de peso mas não obesidade podem também estar com um risco aumentado para consequências lesivas de saúde e bem-estar.

A revisão da literatura sugere que os possíveis riscos para a comorbilidade de obesidade e depressão incluem a obesidade grave, o sexo feminino e estatuto socioeconómico elevado. Estes factores podem não causar maior obesidade ou depressão, mas a sua presença pode levar certos indivíduos a terem maior probabilidade de desenvolverem depressão (Markowitz et al., 2008). Vários investigadores sugeriram que a obesidade grave faz com que os indivíduos corram maior risco de depressão (Friedman, & Brownell, 1995; Markowitz et al., 2008; Stunkard, Faith, & Allison, 2003).

Onyike et al. (2003) utilizaram os dados do *Third Nacional Health and Nutrition Examination Survey* (1988-1994) para examinar a relação entre a obesidade e a depressão. Os autores compararam o risco de depressão em pessoas com obesidade e em pessoas com peso normal. A obesidade foi associada com a ocorrência de depressão nos últimos meses em mulheres, mas não nos homens. A associação permaneceu forte após controlar os resultados para a idade, habilitações literárias, estado civil, dados de saúde física, dieta por razões médicas, uso de medicação psiquiátrica, tabagismo, e consumo de álcool, de marijuana, e cocaína.

Este estudo descobriu que a associação entre a obesidade e a depressão depende da gravidade da obesidade. As pessoas com obesidade têm aproximadamente 1,5 vezes maior prevalência de depressão nos últimos meses do que as pessoas com peso normal. Os autores concluíram que a associação entre obesidade e depressão é sensível à definição de obesidade, existindo condições específicas para a associação (obesidade grave, neste estudo). Não foi observada qualquer associação quando o IMC foi utilizado como uma medida contínua, levando os autores a concluírem que o IMC é uma medida insatisfatória quando avaliada dessa forma e que não podemos partir do pressuposto de que a relação entre a obesidade e a depressão é linear. Investigações empíricas sugerem que os riscos de saúde não são linearmente distribuídos por todas as faixas de IMC. Os riscos de saúde são dramaticamente maiores nas pessoas com obesidade do que nas

peças sem obesidade (Khaodhiar, McCowen, & Blackburn 1999; National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998; Pi-Sunyer, 1993), particularmente nas peças com obesidade grave (National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998).

Dong, Sanchez e Price (2004) examinaram a relação entre a obesidade e depressão numa amostra de indivíduos com obesidade mórbida, seus irmão e pais, num total de 1730 indivíduos, numa amostra de 482 famílias extremamente obesas e com peso normal. Uma vez que o propósito do estudo foi examinar a associação entre depressão e obesidade, os autores dividiram os sujeitos em quatro grupos de acordo com o IMC (<27, 27-<30, 30-<40 e >= 40Kg/m²). Os autores utilizaram valores contínuos do IMC em análises multivariadas. Foram avaliadas também a história de tratamento de depressão e covariáveis (idade, sexo, etnia, habilitações literárias, estado civil, estatuto socioeconómico, condições médicas crónicas e programa de exercício). Os autores descobriram uma maior probabilidade de depressão nas peças com obesidade, nas mulheres, nos solteiros, nas peças com maior nível educacional, nas peças com doenças crónicas e nos filhos de pais deprimidos. Verificaram também que a probabilidade de diagnóstico de depressão aumentava com o IMC e condições médicas crónicas. O IMC, etnia, estado civil, condições médicas crónicas e história familiar revelaram ser preditores de depressão para ambos os sexos (Dong et al., 2004).

Simon et al. (2006) utilizaram os dados da *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) para examinar associações entre a obesidade e um vasto quadro de perturbações de humor, ansiedade e uso de substâncias. Os autores desenvolveram um estudo transversal com uma amostra epidemiológica representativa dos adultos americanos. Simon et al. (2006) observaram a existência de associações positivas significativas entre a obesidade e uma série de perturbações de humor e de ansiedade. Constatou-se que a obesidade está associada a um aumento significativo de diagnóstico de perturbação deprimida maior, perturbação bipolar e perturbação de pânico ou agorafobia. As associações entre obesidade e perturbações psiquiátricas nesta amostra não variaram entre homens e mulheres. Os autores concluíram que, as perturbações de humor e de ansiedade contribuem de diferentes formas para o risco de obesidade.

Simon et al. (2006) concluíram que a obesidade está associada com, aproximadamente, um aumento de 25% da probabilidade de perturbações de ansiedade e de humor.

Strine, Mokdad e Dube (2008) examinaram de que forma a depressão está associadas com a obesidade na população dos Estados Unidos, analisando a amostra de *Behavioral Risk Factor Surveillance System* de 2006, num total de 217379 participantes. Os autores utilizaram o Patient Health Questionnaire 8 (PHQ-8) e duas questões sobre diagnóstico de depressão durante a vida. Neste estudo, os autores descobriram que a depressão actual se encontra associada com um número de comportamentos não saudáveis, obesidade e inactividade física. O diagnóstico de depressão durante a vida está, do mesmo modo, associado com estes comportamentos não saudáveis.

Strine et al. (2008) observaram que existe também uma relação entre a depressão grave e o risco de obesidade e inactividade física. Ainda que a depressão corrente esteja associada a um maior risco de obesidade e inactividade física, mesmo pessoas que estiveram anteriormente deprimidas continuam a apresentar um risco aumentado de comportamentos nocivos para a saúde e obesidade comparados com aqueles que nunca estiveram deprimidos. Strine et al. (2008) descobriram que as pessoas actualmente com depressão ou com diagnóstico de depressão durante a vida têm cerca de 60% maior probabilidade, do que aqueles sem estes diagnósticos, de ter obesidade.

A revisão da literatura sugere, também, que ser do sexo feminino constitui um factor de risco para a depressão entre os indivíduos com obesidade (Faith et al., 2002; Friedman & Brownell, 1995; Markowitz et al., 2008; Stunkard et al., 2003). Barry, Pietrzak e Petry (2008) utilizaram os dados de adultos não institucionalizados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC), num total de 40790 participantes para examinar as diferenças de sexo em associações entre IMC e perturbações de humor e de ansiedade. Neste estudo, os autores descobriram que a obesidade estava associada a um aumento da probabilidade de perturbação de humor, perturbação depressiva major, e perturbação distímica, em homens e mulheres. Os autores verificaram ainda que o risco de perturbação bipolar I e II é mais elevado nas mulheres com obesidade, mas não nos homens. O excesso de peso, por sua vez, previu o

aumento do risco de perturbação de humor e perturbação bipolar I em mulheres, mas não nos homens.

Deste modo, os autores descobriram que a obesidade está associada a muitas perturbações de humor e de ansiedade em ambos os sexos, e que o sexo interage com o IMC para aumentar o risco de determinadas perturbações. Assim, as mulheres que estão com excesso de peso ou obesidade têm um risco aumentado de vir a sofrer de perturbação de humor ao longo da vida e perturbação bipolar ao longo da vida e no passado ano, enquanto que, os homens com excesso de peso não estavam em risco aumentado de perturbações de humor ao longo da vida ou no passado ano. Contudo, as pessoas de ambos os sexos com obesidade, apresentavam maior probabilidade de perturbação de humor e/ou de ansiedade.

Nos indivíduos com um diagnóstico de qualquer perturbação de humor ao longo da vida, as mulheres tiveram uma probabilidade superior à dos homens de experimentar aumento de apetite (34% vs. 23%) e aumento de sono (47% vs. 42%).

Carpenter, Hasin, Allison e Faith (2000) analisaram os dados de 1992 do *National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*, e descobriram que a obesidade estava associada a um aumento de probabilidade de perturbação depressiva major e de ideação suicida ao longo do ultimo ano nas mulheres, mas não nos homens. Por sua vez, nos homens, um IMC baixo foi associado com depressão major e tentativas de suicídio.

Variáveis demográficas como estatuto socioeconómico, o nível educacional e a etnia, têm sido apontados como potenciais factores de risco para a depressão em indivíduos com obesidade (Faith et al., 2002; Friedman, & Brownell, 1995; Markowitz et al., 2008; Stunkard et al., 2003). O *Midtown Manhattan Study* desenvolvido por Moore, Stunkard e Srole (1962) permitiu verificar que, nas mulheres, a associação entre obesidade e depressão apenas é significativa para as que têm elevado estatuto socioeconómico. Carpenter et al. (2000) descobriram a mesma relação em mulheres caucasianas e afro-americanas. Simon et al. (2006) observaram uma interessante variação na relação entre a obesidade e perturbações de humor entre grupos socio-demográficos. A associação foi mais forte em não hispânicos caucasianos e em pessoas com maior nível educacional. Scott et al. (2008) descobriram que a associação entre a

obesidade e perturbações de humor estava confinada às mulheres e àquelas sem habilitações. Simon et al. (2006) concluem que as variações na relação obesidade-depressão em função do nível educacional e etnia sugerem um importante papel dos factores sociais ou culturais na mediação ou moderação da relação entre a obesidade e perturbações de humor.

A investigação sugere que a obesidade prevê mais tarde o aparecimento da depressão em adultos. Roberts, Kaplan, Shema e Strawbridge (2000) examinaram os dados de 1994 do *Alameda County Study* (Califórnia), analisando uma amostra comunitária de adultos de meia idade e de idosos e descobriram que a obesidade e a perturbação depressiva major estavam associadas, de tal modo que 7,4% dos participantes com peso normal estavam deprimidos, comparados com 15,5% dos participantes com obesidade. Os autores verificaram não existir uma associação significativa entre subpeso e depressão. Ainda mais importante, contudo, foi a descoberta de que, entre aqueles que ainda não estavam com depressão, a obesidade como linha de base previu a depressão um ano depois (Roberts et al., 2000).

Roberts, Strawbridge, Deleger, e Kaplan (2002) documentaram que, na mesma amostra, a obesidade como linha de base previu o aumento da infelicidade, pessimismo, de baixo afecto positivo, insatisfação com a vida, e depressão cinco anos mais tarde. Até mesmo depois de controlados, para linha de base, os indicadores de saúde mental, o efeito para a depressão permaneceu significativo.

Em 2003, Roberts, Deleger, Strawbridge, e Kaplan documentaram mais dados desta amostra. A obesidade, foi classificada utilizando os critérios do National Heart, Lung, and Blood Institute (1998), uma vez que, segundo os autores, classificar a obesidade como uma medida categórica facilita a análise de incidência. Os resultados indicaram que a obesidade prevê a depressão cinco anos mais tarde, mesmo quando controlada a depressão na linha de base, mas esta depressão não previu a obesidade antecipadamente quando controlada para a obesidade na linha de base. Os participantes com obesidade tinham duas vezes mais probabilidade do que os não apresentavam obesidade de sofrerem de depressão cinco anos mais tarde (Roberts et al., 2003). Quando controlados os factores demográficos, psicossociais e de saúde, esta associação permaneceu significativa. Estes estudos são fortalecidos pela amostra de grande

tamanho, cuidadosa avaliação para estabelecer o diagnóstico de depressão, e análises prospectivas controlando as variáveis de linha de base, tornando-os boas provas para a prospectiva ligação entre a obesidade e a depressão.

Existe um longo historial de pesquisas que examinaram se os indivíduos com obesidade que experimentaram a perda de peso, através de tratamento cirúrgico, também experimentaram melhorias na depressão. Se parece ser evidente que o tratamento de perda de peso tem um efeito positivo na depressão, não parece que esta relação seja mediada pela perda de peso *per se* (Markowitz et al., 2008).

Dixon, Dixon e O'Brien (2003) examinaram a depressão antes e depois da perda de peso induzida cirurgicamente. Os autores utilizaram os dados de 262 indivíduos que completaram os questionários no período pré-operatório e pós-operatório (um ano depois da cirurgia) para identificar preditores de mudanças nos sintomas depressivos com a perda de peso. Os indivíduos com um índice de massa corporal superior a 35 e complicações associadas à obesidade e nos quais as tentativas de redução de peso por outros meios falharam, pelo menos nos últimos cinco anos, foram considerados para cirurgia. A avaliação pré-operatória incluiu uma avaliação médica, documentação de comorbilidades, medidas antropométricas, testes bioquímicos, e administração de questionários estandardizados, incluindo o Beck Depression Inventory (BDI).

Os autores descobriram que a maioria dos indivíduos (53%) apresentava uma pontuação no BDI de 16 ou superior, indicando uma elevada prevalência de sintomas de depressão. Embora estes sintomas de depressão afectem a generalidade dos indivíduos com obesidade grave, os indivíduos mais jovens, as mulheres, e aqueles com uma pobre imagem corporal experimentavam piores resultados, representando estes factores um efeito aditivo. Os sintomas de depressão nos indivíduos com obesidade foram fortemente associados a uma pior qualidade de vida nos 8 domínios do SF-36, especialmente naqueles relacionados com o funcionamento social, papel emocional e saúde mental. A significativa e sustentada queda na média da pontuação no BDI com a perda de peso, nos quatro anos que se seguiram à cirurgia, permite levantar a hipótese de que a obesidade grave e/ou condições associadas causam ou agravam a depressão. As maiores quedas nas pontuações do BDI ao fim de um ano foram observadas em

mulheres, indivíduos jovens, e naqueles com maior excesso de peso (Dixon et al., 2003).

Segundo Dixon et al. (2003), este estudo contém algumas limitações uma vez que os indivíduos neste estudo procuravam um tratamento cirúrgico para o problema da obesidade, podendo à partida, apresentar maior *distress* físico, mental ou psicossocial. Do mesmo modo, os indivíduos responderam aos questionários no contexto de procura de tratamento para a obesidade, podendo os problemas relacionados com esta condição terem sido sobre-representados nas suas respostas.

Dymek, Grange, Neven e Alverdy (2002) examinaram os sintomas de depressão em quatro grupos de indivíduos submetidos a cirurgia gástrica bypass, avaliados em quatro momentos: pré-cirurgia (G1, $n = 80$), várias semanas após cirurgia (G2, $n = 60$), 6 meses pós-cirurgia (G3, $n = 93$) e 1 ano após a cirurgia (G4, $n = 83$). Os indivíduos completaram o Beck Depression Inventory (BDI) para avaliar os sintomas de depressão. Os autores consideraram os resultados da análise surpreendentes, uma vez que após a cirurgia observaram diferenças significativas nos resultados relativamente cedo 2 a 4 semanas após a cirurgia foram evidentes diferenças significativas na avaliação dos indivíduos da depressão, em comparação com o grupo pré-cirúrgico. Os autores descobriram que os resultados do BDI eram significativamente piores no grupo pré-tratamento (17,8) e melhores nos grupos pós-tratamento (duas a quatro semanas após a cirurgia: 11,9; seis meses após a cirurgia: 6,0; um ano após a cirurgia: 5,4).

Markowitz et al. (2008) observam que os dados longitudinais são sugestivos de que a obesidade permite prever mais tarde a depressão, assim como os estudos de intervenção sugerem que a participação em tratamentos de perda de peso melhora o humor, mas esta relação pode não estar relacionada apenas com a perda de peso *per se*. Estes autores sugerem que outros componentes de tratamento não específicos possam ser os ingredientes “activos”, destacando os factores terapêuticos comuns nos grupos em tratamento comportamental de controlo de peso, tais como apoio social, gestão de stress, evitar o pensamento de tudo-ou-nada e exercício físico. Quando considerados em conjunto estes estudos evidenciam que a obesidade pode contribuir para a depressão, mas a relação não é simplesmente unidireccional (Faith et al., 2002; Simon et al., 2006; Markowitz et al., 2008).

3.4. Depressão como causa de Obesidade

Markowitz et al. (2008) afirmam que embora existam poucos trabalhos que examinem os factores de risco e os mecanismos causais que podem levar os indivíduos deprimidos a tornarem-se obesos, existem alguns dados que indicam que a depressão realmente aumenta o risco de vir a sofrer de obesidade mais tarde. Dados de amostras de crianças e adolescentes indicam que a psicopatologia nas crianças pode estar relacionada com o aumento de risco de obesidade na idade adulta, embora os dados não sejam coerentes.

Goodman e Whitaker (2002) examinaram os dados do estudo *National Longitudinal Study of Adolescent Health*, um estudo nacional representativo de jovens. Os autores desenvolveram um estudo prospectivo com um ano de follow-up e descobriram que a linha de base de sintomas depressivos do Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) previu de forma independente a obesidade no *follow-up* entre os participantes que não tinham obesidade na linha de base, mesmo quando controlados o tabagismo, auto-estima, obesidade parental, estatuto socio-económico, comportamento delinquente, e actividade física. Em contraste, a obesidade na linha de base não previu a depressão no *follow-up*. Os autores concluíram que os adolescentes deprimidos têm um risco aumentado de desenvolvimento e manutenção da obesidade durante a adolescência.

Pine, Goldstein, Wolk e Weissman (2001) desenvolveram um estudo comparativo entre uma grande amostra de crianças em tratamento para perturbação depressiva major, com uma amostra controlo de crianças com idades similares sem perturbações psiquiátricas, avaliadas com o questionário de perturbações afectivas e esquizofrenia para crianças de idade escolar (K-SADS), e descobriram que as crianças com perturbação depressiva major apresentavam aumento de IMC superior às outras crianças quando avaliadas 10-15 anos depois em idade adulta (26,1 versus 24,2, respectivamente). Estes resultados levaram os autores a concluir que a depressão durante a infância está positivamente associada com o IMC na idade adulta.

A investigação sugere também que a relação entre a perturbação depressiva major nas crianças e o posterior desenvolvimento de obesidade pode ser moderada pelo

sexo (Markowitz et al., 2008). Richardson et al. (2003) utilizaram os dados do estudo longitudinal *The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*, analisando uma amostra de 1037 crianças nascidas na Nova Zelândia. Os autores procuraram avaliar a relação entre depressão major na fase inicial da adolescência (11, 13 e 15 anos) e na fase tardia (18 e 21 anos) e o risco de obesidade aos 26 anos de idade. Os autores descobriram que a depressão major ocorreu em 7% da amostra durante a adolescência inicial e 27% durante a fase final da adolescência. Aos 26 anos de idade, 12% dos participantes do estudo tinham obesidade. Após ajustar, para cada indivíduo, o seu IMC na linha de base, as raparigas que na fase final da adolescência estavam com depressão tinham um aumento do risco de obesidade na idade adulta duas vezes superior quando comparadas com raparigas não deprimidas. Além do mais, os autores observaram que, nas raparigas, quanto maior o número de episódios de depressão durante a adolescência, maior o risco de obesidade adulta. A associação não foi observada em rapazes na fase final da adolescência ou em rapazes ou raparigas na adolescência inicial.

Richardson et al. (2003) observam que apesar das limitações deste estudo, as associações observadas entre a depressão e a obesidade podem ter fortes implicações na saúde pública, uma vez que, até ao momento, temos uma compreensão limitada dos factores que contribuem para a obesidade e como podemos intervir para prevenir o desenvolvimento da obesidade. Estes autores concluem que a compreensão das causas destas diferenças de idade e sexo pode aumentar a nossa compreensão de correlações entre a depressão e a obesidade e pode permitir o desenvolvimento de intervenções para reduzir o risco de obesidade adulta em raparigas em adolescência tardia. Este estudo associa-se à literatura existente que suporta uma associação longitudinal entre depressão na adolescência e obesidade na idade adulta (Pine et al., 2001).

Por outro lado, parece não haver provas de que a depressão na meia-idade e em adultos idosos aumente o risco de vir a sofrer de obesidade (Markowitz et al., 2008). Na amostra do estudo de Alameda County, a depressão como linha de base não previu a obesidade cinco anos depois (Roberts et al., 2003).

Em resumo observamos que os dados longitudinais são sugestivos de que a obesidade é preditora da depressão, assim como os resultados dos estudos de intervenção sugerem que a participação em tratamentos de perda de peso melhora o

humor, mas que a esta relação pode não estar relacionada com a actual perda de peso. Quando observados em conjunto, existem razões para acreditar que a obesidade pode contribuir para a depressão, mas a relação é complexa. Por outro lado, e embora os dados não sejam totalmente consistentes, quando observados em conjunto parecem sugerir que os sintomas depressivos na adolescência, especialmente nas raparigas, aumentam o risco de aparecimento da obesidade mais tarde, mas a depressão na meia idade e nos idosos pode não conferir o mesmo risco (Markowitz et al., 2008).

Para melhor compreender esta relação, iremos examinar os mecanismos propostos por vários autores, da obesidade à depressão e da depressão à obesidade.

3.5. Mecanismos

A maioria das investigações anteriores focaram-se na associação entre a obesidade e a depressão, e vários mecanismos foram propostos para explicar esta relação (Barry et al., 2008; Fabricatore, & Wadden, 2004; Faith et al., 2002; Faith, Calamaro, Dolan, & Pietrobelli, 2004; Friedman, & Brownell, 1995; Hrabosky, & Thomas, 2008; Markowitz et al., 2008; Napolitano, & Foster, 2008; Simon et al., 2006; Stunkard et al., 2003).

Alguns desses mecanismos propuseram uma via causal que leva da obesidade à depressão (Barry et al., 2008; Markowitz et al., 2008; Simon et al., 2006). O estigma associado à obesidade (especialmente nas mulheres) pode contribuir para a depressão (Chen, & Brown, 2005; Faith et al., 2002; Friedman, & Brownell, 1995; Markowitz et al., 2008; Puhl, & Brownell, 2003; Simon et al., 2006; Stunkard et al., 2003). Enfrentar repetidamente discriminações e maus-tratos, quer sejam reais ou meramente percebidos, pode levar a baixa auto-estima e aumento de sintomas depressivos (Kessler, Mickelson, & Williams, 1999). Existe evidência de que os indivíduos com obesidade podem estar sujeitos a discriminação, de uma forma regular, de estranhos, familiares e amigos, bem como dos próprios profissionais de saúde (Markowitz et al., 2008). Os constantes maus tratos são uma luta diária que pode afectar negativamente o humor ao

longo do tempo e uma ameaça ao auto-conceito, que podem, por sua vez, contribuir para a depressão (Puhl, & Brownell, 2003).

Do mesmo modo, a investigação sugere que um outro mecanismo pelo qual a obesidade confere risco de depressão é através da insatisfação com a imagem corporal (Friedman, & Brownell, 1995; Markowitz et al., 2008). A insatisfação com a imagem corporal está associada à baixa auto-estima, que, por sua vez, está associada à depressão. Os indivíduos com obesidade têm maior probabilidade de estarem insatisfeitos com a forma e o tamanho do seu corpo e, quando apresentam baixa auto-estima, têm maior probabilidade de sofrerem de depressão (Friedman, Reichmann, Costanzo, & Musante, 2002).

Do mesmo modo, dietas repetidas estão associadas com depressão e repetidas dietas falhadas podem ter um efeito particularmente prejudicial no humor (Demenkow, 1999; Ikeda, Lyons Schwartzman, & Mitchell, 2004; Markowitz et al., 2008; Napolitano, & Foster, 2008). Este mecanismo pode actuar em duas formas: os esforços repetidos para perder peso podem significar que o indivíduo foi mal sucedido nestas tentativas, levando a pessoa a sentir-se desmoralizada e fracassada. A experiência de perder peso e depois voltar a ganhar, pode também ser vivida como um fracasso, no qual o indivíduo falha ao manter a sua perda de peso (Markowitz et al., 2008).

A obesidade pode ter um efeito depressivo ao interferir com o funcionamento físico (Markowitz et al., 2008; Simon et al., 2006). A incapacidade física está associada com a obesidade e depressão (Wells et al., 1989) O aumento das doenças crónicas e incapacidades físicas nos indivíduos com obesidade pode ajudar a explicar o caminho pelo qual a obesidade contribui para a depressão em certos indivíduos. Os indivíduos com obesidade têm pior percepção de qualidade de vida (Ford et al., 2001; Kushner, & Foster, 2000), aumentando a incapacidade, particularmente no que respeita ao funcionamento físico, à medida que o grau de obesidade aumenta (Fontaine & Barosfsky, 2001; Kolotkin, Meter, & Williams, 2001). Estas limitações podem também implicar um obstáculo à participação na actividade física regular, limitação essa que se verificou estar relacionada com o desenvolvimento da sintomatologia depressiva (Camacho et al., 1991).

Alternativamente, alguns mecanismos propostos sugerem uma relação causal que leva da depressão à obesidade (Barry et al., 2008; Markowitz et al., 2008; Simon et al., 2006). O aumento de apetite e ganho de peso são sintomas comuns da depressão e a tendência para ganhar peso permanece estável entre os episódios depressivos (Simon et al., 2006; Stunkard et al., 1990).

A ingestão compulsiva tem sido sugerida como um potencial factor de risco para depressão e obesidade por vários autores (Fabricatore, & Wadden, 2004; Faith, Calamaro, Dolan, & Pietrobelli, 2004; Faith et al., 2002; Friedman, & Brownell, 1995; Simon et al., 2006; Stunkard et al., 2003), tendo sido sugerida como um importante mecanismo através do qual a depressão confere risco de obesidade (Markowitz et al., 2008). Existem estudos que sugerem que o humor negativo desencadeia episódios de ingestão compulsiva nas mulheres com obesidade (Arnold, Kenardy, & Agras, 1995), e que a ingestão emocional excessiva (*emotional overeating*) está associada com a frequência à compulsão e à depressão em indivíduos que procuraram tratamento para o excesso de peso (Masheb, & Grilo, 2006).

Os indivíduos com perturbação de ingestão compulsiva mostraram experimentalmente comer em resposta a humor negativo, o que nos pode levar à hipótese de que terão maior probabilidade de ganhar peso quando deprimidos. O uso da comida como uma estratégia de *coping* primária para a regulação emocional, particularmente ingestão de grandes quantidades de comida, poderá causar excesso de peso ou obesidade para aqueles que experimentam depressão crónica, uma vez que frequentemente experimentam humor negativo (Chua, Touyz & Hill, 2004). Do mesmo modo, existe também evidência prospectiva de que a ingestão compulsiva aumenta o risco de depressão posterior (Markowitz et al., 2008). A depressão pode aumentar o risco de obesidade através do mediador de ingestão compulsiva, mas esta ligação pode funcionar bidireccionalmente (Fabricatore, & Wadden, 2004; Faith, Calamaro, Dolan, & Pietrobelli, 2004; Faith et al., 2002; Friedman, & Brownell, 1995; Hrabosky, & Thomas, 2008; Markowitz et al., 2008; Stunkard et al., 2003)

Por outro lado, a inactividade física é comum nos indivíduos com depressão (Paluska, & Schwenk, 2000). A depressão pode levar a uma redução da actividade física, aumentando o risco de obesidade (Cassidy et al., 2004; Richardson et al, 2003;

Simon et al., 2006). O exercício físico pode ser um importante factor mediando a relação entre a obesidade e a depressão nos adultos e adolescentes (Faith et al., 2002; Napolitano, & Foster, 2008; Stunkard et al., 2003). Outros autores propuseram que comportamentos como a actividade física são bidireccionais: um antecedente e uma consequência da obesidade (Blair, & Lamonte, 2006).

Por outro lado, as medicações utilizadas para gerir as perturbações de humor e de ansiedade podem também levar a ganho de peso. O uso de medicações psicoactivas, incluindo inibidores selectivos de recaptção de serotonina, lítio, e antipsicóticos atípicos e anticonvulsores, que estão frequentemente associados com ganho de peso (Keck, & Mc Elroy, 2003; Schwartz et al., 2004; Simon et al., 2006).

Investigações anteriores demonstraram uma relação significativa entre a sintomatologia depressiva e uma desregulação do eixo *Hipotálamo-Hipófise-Adrenal* (De Bellis et al., 1993), assim como aumentos crónicos no cortisol em indivíduos deprimidos (Lupien et al., 1998). Esta situação é frequentemente manifestada como uma elevada reactividade ao *stress* e mudanças da resposta ao *stress* nos indivíduos com depressão clínica. Isto pode também sugerir uma importante ligação neuroendócrina entre a depressão e o desenvolvimento da obesidade (Faith et al., 2002; Markowitz et al., 2008; Stunkard et al., 2003). Elevados níveis de cortisol são promotores de ganho de peso, tendo um impacto particular no aumento da adiposidade visceral (Ottoson, Lonnroth, Bjorntorp, & Eden, 2000). Além do mais, o stress foi reconhecido como tendo influência nos comportamentos alimentares, peso corporal, e composição corporal. O indivíduo deprimido pode ser mais susceptível a estes efeitos devido a uma actividade já elevada do sistema do stress. (Greeno & Wing, 1994). O stress foi também sugerido como um potencial mediador entre a obesidade e a depressão (Stunkard et al., 2003).

Recentemente, a contribuição dos marcadores inflamatórios tem sido sugerida (Markowitz et al., 2008; Napolitano, & Foster, 2008) uma vez descoberto que indivíduos com depressão e elevado IMC tinham elevados níveis de proteína C-reativa, interleucina-6, que apoia a hipótese de que o peso é parcialmente responsável pelos elevados níveis destes marcadores inflamatórios nos adultos com depressão, e que existe

uma interacção entre a depressão e elevada adiposidade para a emergência do processo inflamatório (Miller et al., 2002).

Os pensamentos negativos e as atitudes características da depressão podem contribuir para problemas com a gestão de peso nos indivíduos com obesidade, particularmente nas mulheres (Markowitz et al., 2008; Hrabosky, & Thomas, 2008). Markowitz et al. (2008) destacam a teoria da auto-eficácia postula que a auto-eficácia (isto é, o julgamento de um indivíduo acerca das suas habilidades para alcançar determinado resultado) afecta directamente a expectativa de resultados, a qual por sua vez, influencia directamente o comportamento (Bandura, 1997). Existem estudos que sugerem que, nas mulheres, a depressão pode ser inversamente relacionada com a auto-eficácia relativamente à perda de peso, a qual é preditiva da perda de peso (Dennis, & Goldberg, 1996).

Hrabosky e Thomas (2008) destacam a teoria cognitiva (Clarck, & Beck, 1999), de acordo com a qual esquemas estáveis (crenças incondicionais) produzem pensamentos negativos automáticos (acerca da sua forma, peso e aparência global) resultando em, ou exacerbando, sintomas de depressão. Com base neste modelo cognitivo, os indivíduos com obesidade que desenvolvem esquemas negativos particulares podem sofrer um maior risco de experimentar humor depressivo em resposta a acontecimentos activadores particulares (Hrabosky, & Thomas, 2008). Outro potencial mecanismo destacado por Hrabosky e Thomas (2008) que pode conferir o risco de perturbações psiquiátricas é um estilo de resposta ruminativo, ou a tendência para se focar repetidamente nas consequências do *distress* psicológico sem se comprometer em planear ou resolver o problema. O desenvolvimento de um estilo de resposta ruminativo representa uma potencial variável mediadora na relação entre perturbações psiquiátricas e obesidade, uma vez que os indivíduos com obesidade podem apresentar tendência a ruminar acerca da sua saúde ou aparência em resposta a repetidas falhas na resolução de problemas (como a perda de peso) (Hrabosky, & Thomas, 2008).

Stunkard et al. (2003) sugerem, ainda, que as associações entre a obesidade e a depressão podem ser mais prováveis naqueles que experimentam níveis de depressão mais significativos, sublinhando assim a gravidade da depressão como potencial

moderador da relação entre a depressão e obesidade. Finalmente, a depressão e a obesidade podem estar ligadas através de alguma causa comum ou terceiro factor, quer ambiental (exemplo, abuso em criança), quer biológico (Simon et al., 2006).

3.6. Em resumo

A investigação sugere que a obesidade e a depressão podem ter uma relação causal, na qual a associação pode ser bidireccional (Barry et al., 2008; Faith et al., 2002; Markowitz et al., 2008; Mather et al., 2009; Simon et al., 2006).

A investigação sugere também importantes factores de risco e mecanismos causais na associação entre a obesidade e a depressão. De acordo com Friedman e Brownell (1995) a população com obesidade é heterogénea nas suas experiências psicossociais. Hrabosky e Thomas (2008) observam que, contudo, muitos indivíduos com obesidade experimentam de facto *distress* psicológico, incluindo distúrbio da imagem corporal, baixa auto-estima, diminuída auto-eficácia e ingestão compulsiva e que, estes factores psicossociais têm demonstrado repetidamente fieis correlações com afecto negativo, humor deprimido, e depressão clínica. Através da sua revisão compreensiva, Markowitz et al. (2008) deram o primeiro passo na organização da literatura num modelo global conceptualizado, analisando variáveis chave que podem mediar a relação entre a obesidade e a depressão.

Como notam Markowitz et al. (2008), os indivíduos que sofrem de obesidade e depressão podem enfrentar riscos particulares na saúde e bem-estar. Não só a presença de ambas as condições aumenta o risco de perda de funcionamento, mas também estas condições podem perpetuar-se uma à outra, isto é, a obesidade pode aumentar o risco de depressão e a depressão pode promover a obesidade. Compreender e gerir os mecanismos que ligam a obesidade à depressão é crucial para o tratamento de indivíduos que sofrem de ambas as condições.

Markowitz et al. (2008) sugerem que o tratamento para a obesidade e para a depressão se sobrepõe em duas importantes formas. Especificamente, o tratamento de

ambas as condições foca-se em melhorar o funcionamento da vida. Por exemplo, a activação comportamental, que tem demonstrado eficácia no tratamento da depressão (Jacobson et al., 1996), também pode ser útil na gestão da obesidade, uma vez que incentiva os indivíduos a participar em actividades que lhes dão uma sensação de domínio, as quais podem incluir exercício físico e estratégias de alimentação saudáveis. Da mesma forma, ambos os tratamentos envolvem a gestão de stress. O tratamento da depressão através da terapia cognitivo-comportamental aborda estratégias para lidar com potenciais retrocessos, tais como evitar o pensamento de tudo-ou-nada e planeamento para situações difíceis. Por sua vez, o tratamento da obesidade envolve habilidades que ajudam os indivíduos a escolher alternativas a comportamentos alimentares não saudáveis, a fim de lidar com o stress. Os antidepressivos podem exercer a sua influência primária através da regulação e normalização da resposta do eixo *Hipotálamo-Hipófise-Adrenal* (De Bellis et al., 1993).

Markowitz et al. (2008) salientam que uma limitação na abordagem tradicional na gestão quer do peso ou depressão, sem considerar estas condições como comorbilidades, é que existem algumas situações em que o tratamento para uma condição pode realmente agravar a outra. Por exemplo, a dieta pode piorar o humor, particularmente se fizer parte de um padrão de repetidas dietas falhadas. Inversamente, muitos dos tratamentos farmacológicos para a depressão tem o efeito colateral de ganho de peso.

Markowitz et al. (2008) salientam que os médicos devem encorajar o indivíduo a se comprometer em comportamentos que podem melhorar ambas as condições, tais como a gestão de stress, o exercício físico, e potencialmente a modificação do estilo de vida, em vez de simplesmente fazer dieta ou apenas tomar medicação (Markowitz et al., 2008).

Napolitano e Foster (2008) sugerem que, ao focar uma abordagem holística e ao tratar ambos os diagnósticos comórbidos, existe um enorme potencial para aliviar o *distress* psicológico, e conseqüentemente para melhorar a qualidade de vida das pessoas com obesidade e humor deprimido.

CAPÍTULO IV: ANSIEDADE

4.1. Introdução

A prevalência de perturbações mentais tem aumentado nos Estados Unidos (Kessler et al., 1994; Klerman & Weissman, 1989; Twenge, 2000). Kessler, Chiu, Demler e Walters (2005) descobriram que as perturbações de ansiedade são mais prevalentes do que as perturbações de humor (18,1% versus 9,5%). As perturbações de ansiedade mais prevalentes são a fobia específica (8,7%), a fobia social (6,8%), seguida da perturbação pós-*stress* traumático (3,5%), e perturbação de ansiedade generalizada (3,1%) (Kessler et al., 2005).

A ansiedade, assim como a depressão, são também importantes causas de morbidade e mortalidade nos Estados Unidos (Chapman, Perry & Strine, 2005; Harter, Conway & Merikangas, 2003) e estão associadas com prejuízos na qualidade de vida e função social (Saarni et al., 2007; Sobocki et al., 2007), bem como com um aumento do risco de incapacidade (Dunlop et al., 2005; Lenze et al., 2001).

4.2. Definição de Ansiedade

Na perspectiva fenomenológica, Fonseca (1988) afirma que a «ansiedade», que em linguagem científica consideramos sinónimo de «angústia», constitui uma manifestação da nossa actividade emocional ou afectiva em que predominam os sentimentos de colorido desagradável: o mal-estar e a apreensão, a preocupação e a expectativa, a inquietude e o desamparo. Como fenómeno psicológico representa um dos mecanismos de adaptação do organismo às circunstâncias de «stress» e de tensão e, nesse sentido, revela-se útil para a aprendizagem do ser humano e para a maturação adequada da sua personalidade (Fonseca, 1978).

Mas, de acordo com Fonseca (1978), para além dessa atitude psicológica normal, há muitos indivíduos em quem, por virtude da sua baixa capacidade de adaptação (mecanismos de esgotamento), por aumento de frequência e intensidade dos estímulos (mecanismos reactivos) ou pela influência de factores disposicionais (mecanismos constitucionais), a manifestação do tipo ansioso toma características

demasiado intensas. Tais características são susceptíveis de repercutir-se, no organismo desses indivíduos, de uma forma mais ou menos paroxística, em perturbações víscero-motor ou do tipo psicossomático, que adquirem um *dimensão neurótica*. A ansiedade surge, nesses casos, como uma expressão de «medo patológico» (sem objecto) e representa um autêntico *senal de alarme* ou de *defesa*, susceptível de distinguir-se da sensação de medo psicológico pela falta de uma motivação objectiva adequada (Fonseca, 1978).

Surgindo em crises paroxísticas, muitas vezes de noite, a angústia constitui frequentemente, em qualquer dessas reacções neuróticas, uma «manifestação psiquiátrica de urgência». Outros indivíduos há ainda em quem o estado de ansiedade se organiza e cristaliza numa espécie de *estrutura* ou *maneira de ser permanente*, dando lugar à formação e organização de *personalidades psicopáticas do tipo ansioso* (Fonseca, 1978).

Tanto uma como outra dessas formas clínicas se pode acompanhar de manifestações psíquicas e somáticas. Entre as primeiras, predominam os medos, as fobias, as dismnésias, os fenómenos de despersonalização e as alterações do comportamento. Entre as segundas, são frequentes as manifestações dispneicas, as extrassístoles e a taquicardia, os tremores, a sudação, os vómitos, as náuseas, a polaquíuria e as manifestações psicomotoras. Consoante a combinação e o domínio desses diversos sintomas ansiosos (primários ou secundários), assim podemos ter síndromes de *angústia*, de *apreensão*, de *stress*, de *tensão*, de *agitação*, de *fobia* e de *pânico* (Fonseca, 1988).

Ruiz, Cuadrado e Rodríguez (2000) defendem que a ansiedade se converte em patológica quando deixa de ser adaptativa, quando o perigo ao qual pretende responder não é real, ou quando o seu nível de activação e duração são desproporcionados em relação à situação objectiva. A ansiedade patológica é qualitativa e/ou quantitativamente diferente da ansiedade normal: a ansiedade normal tem uma função adaptativa, melhora o rendimento, é mais leve, menos corporal, é uma emoção reactiva e não afecta a liberdade do indivíduo. Por sua vez, a ansiedade patológica dificulta a adaptação, deteriora o rendimento, é mais profunda e persistente, mais corporal, é um sentimento vital e reduz a liberdade do indivíduo. Os autores consideram que a ansiedade

patológica aparece frequentemente na ausência de uma ameaça óbvia, manifestando-se por uma combinação de sintomas físicos e psicológicos que afectam planos mais profundos da corporalidade dos sentimentos vitais. A característica essencial é que a sua aparição implica uma deterioração no rendimento e na liberdade do sujeito.

Segundo Ruiz et al. (2000), é clássica a distinção da ansiedade patológica, em ansiedade endógena e ansiedade exógena, que do ponto de vista médico se caracteriza pela presença ou ausência respectivamente de ataques espontâneos de angústia. Na ansiedade endógena, a aparição destas crises não tem inicialmente relação com as circunstâncias do ambiente. Na sua etiopatogenia, parece haver uma predisposição básica de tipo genético à qual se somariam factores desencadeantes em determinados momentos da sua evolução. Por sua vez, na ansiedade exógena, não se produzem crises espontâneas de angústia. Trata-se de um transtorno predominantemente crónico, no qual a influência dos factores ambientais é notável, não existindo dados familiares que permitam pensar num factor hereditário.

Por oposição à ansiedade-estado, que é uma emoção transitória em resposta a uma situação específica, a ansiedade-traço representa uma disposição de base da personalidade com determinismo genético (Besche-Richard, & Bungener, 2008). Em alguns indivíduos a ansiedade constitui um «traço» da sua personalidade e deste modo, esta representa-se como uma característica permanente do indivíduo, e manifesta-se por uma tendência habitual do indivíduo para estar ansioso e a preocupar-se. Em outros indivíduos, por outro lado, sem apresentar previamente traços de ansiedade na sua personalidade, manifesta-se um «estado» de ansiedade num determinado momento da sua biografia (relacionada ou não com factores ambientais que podem actuar como desencadeantes); quando esta forma de ansiedade é suficientemente intensa, pode corresponder a um transtorno definido (Ruiz et al., 2000).

Segundo Braconnier (2007), a neurose de angústia associa um fundo de ansiedade crónica, caracterizado por manifestações somáticas de angústia, preocupações excessivas com tudo e crises de angústia aguda que se associam a um início brutal, na maioria das vezes sem um factor desencadeador identificável. A crise de angústia traduz-se pelo súbito aparecimento de um medo intenso e sem objecto, isto é, não ligado a uma situação objectivamente perigosa. Na maioria das vezes, a angústia surge logo no

seu expoente máximo, acompanhada de manifestações somáticas e psíquicas. As manifestações somáticas da neurose de angústia são variadas e constituem a lista completa das perturbações ditas «funcionais», ou seja, ligadas a uma função orgânica (respiratória, cardíaca, digestiva, etc.).

Braconnier (2007) analisa que a ansiedade intercrítica associa: (1) ruminações pessimistas, antecipação dolorosa dos acontecimentos; (2) hipervigilância em sectores precisos (por exemplo, profissional, escolar, familiar) e distractibilidade nos demais, dificuldades de concentração; (3) hiperestesia sensorial (intolerância ao ruído, reacções de sobressalto), irritabilidade; (4) tensão motora com tremores, hipertonia difusa, dor muscular, fadiga, febrilidade; (5) perturbações neurovegetativas diversas: boca seca, suores, palpitações, extremidades frias ou suadas, mãos dormentes, obstipação ou fezes diarreicas, tonturas, vertigens, sensação de mal-estar epigástrico ou de nó na garganta, polaquiúria; (6) perturbações do sono (insónia ao adormecer, despertares nocturnos); e (7) perturbações sexuais.

De acordo com Braconnier (2007), os critérios patológicos consistem na constância das perturbações e no carácter incontrolável das preocupações ansiosas. A presença de sinais somáticos pode mesmo manifestar-se isoladamente como um equivalente ansioso. A evolução pode ser marcada por períodos de remissão e períodos de exacerbação da ansiedade, com multiplicação das crises de angústia. Esta pode gerar complicações, resultantes de um esforço desesperado para controlar a ansiedade, como a apetência medicamentosa, ou o alcoolismo secundário. Devem temer-se, ainda, outras complicações: a depressão é a complicação evolutiva mais frequente; os comportamentos suicidários; a evolução para uma neurose mais estruturada (histérica, fóbica, obsessiva); as patologias psicossomáticas (asma, úlcera, etc) (Braconnier, 2007).

O DSM-IV-R (A.P.A., 2006) distingue o eixo I, os estados patológicos, caracterizados por uma associação de sintomas específicos de cada estado, do eixo II, as perturbações da personalidade caracterizadas por traços patológicos permanentes de carácter. Desta forma, a descrição clássica das neuroses viu-se repartida entre o eixo I e o eixo II. Neste ponto, analisaremos o eixo I, isto é, as categorias patológicas constituídas por grupos de sintomas que apresentam alguma estabilidade descritiva. A sintomatologia neurótica encontra-se, também aqui, dividida entre diferentes categorias.

Nenhuma destas reflete completamente, mas todas elas supõem que, na personalidade subjacente, há uma organização neurótica (Braconnier, 2007).

Assim, encontramos, próximas das neuroses de angústia, neuroses fóbicas e neuroses ansiosas, as perturbações ansiosas (Braconnier, 2007): (300.01) Perturbações de Pânico sem agorafobia [F41.0]; (300.21) Perturbações de Pânico com agorafobia [F40.01]; (300.22) Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico [F40.00]; (300.29) Fobia Específica [F40.2]; (300.23) Fobia Social [F40.1]; (300.3) Perturbação Obsessivo-Compulsiva [F42]; (309.81) Perturbação Pós-Stress Traumático [F43.1]; (308.3) Perturbação Aguda de Stress [F43]; (300.02) Ansiedade Generalizada [F41]; (300.00) Perturbação de Ansiedade sem Outra Especificação [F41.9].

De acordo com o DSM-IV-R (A.P.A., 2006), os Ataques de Pânico e a Agorafobia ocorrem no contexto de várias outras perturbações, sendo assinalados separadamente no início desta secção.

As perturbações da ansiedade encontram-se entre as perturbações mentais mais frequentemente observadas, mas também fazem parte das que mais vezes se deixa escapar ou são mal diagnosticadas (Frances, & Ross, 2004).

4.3. Obesidade e Ansiedade

Como notam Scott et al. (2008), as perturbações de ansiedade estão particularmente inexploradas. Os autores afirmam que a um nível populacional, a ansiedade pode ser mais associada com a obesidade do que a depressão, porque não é associada com a perda de apetite que é uma característica comum da perturbação depressiva major (o que pode atenuar a relação entre a obesidade e a depressão). No entanto, no DSM-IV-R, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (A.P.A., 2006) os critérios de diagnóstico de *Episódio Depressivo Major* consideram que pode ocorrer aumento do apetite e aumento de peso.

Por outro lado, Scott et al. (2008) consideram que não está claro em que medida o aparente peso de anteriores evidências de uma associação entre a obesidade e a

depressão, possam ser um reflexo da inferior inclusão das perturbações de ansiedade nos estudos anteriores. Do mesmo modo, Mather, Cox, Enns e Sareen (2009) referem que têm emergido evidências sugerindo que a obesidade pode também estar ligada a outras perturbações mentais que não somente a depressão, como a ansiedade.

Os estudos que examinaram a associação entre ansiedade e IMC revelaram resultados inconsistentes. Estudos recentes observaram associações positivas entre a obesidade e a ansiedade, particularmente nas mulheres (Becker, Margraf, Turke, Soeder, & Neumer, 2001; Jorm et al., 2003; Pickering et al., 2007; Simon et al., 2006), enquanto outros estudos documentaram que os sintomas de ansiedade estavam inversamente associados com o IMC (Crisp & McGuinness, 1976; Stewart & Brook, 1983).

Friedman e Brownell (1995) sugeriram que a investigação se deveria focar mais em identificar quais os subgrupos de indivíduos com obesidade com perturbação psicológica, na natureza da perturbação, nos riscos associados e factores protectores. Uma vez que têm sido investigadas as perturbações mentais, em vez de sintomas, uma limitação é a pequena gama de perturbações mentais incluídas, muitas vezes confinadas à perturbação depressiva major (Scott et al., 2008).

Scott et al. (2008) sublinham que as perturbações de ansiedade são um grupo heterogéneo, e deste modo generalizações sobre a ansiedade podem não ser aplicadas a todas as perturbações de ansiedade.

A investigação sugere que a obesidade e a ansiedade podem ter uma relação causal, na qual a associação pode ser bidireccional (Barry et al., 2008; Mather et al., 2009; Simon et al., 2006; Scott et al., 2008).

Scott et al. (2008) desenvolveram um estudo para examinar as associações entre perturbações mentais, particularmente as perturbações de ansiedade (incluindo perturbação de pânico, agorafobia sem pânico, fobia específica, fobia social, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação pós stress traumático), e a obesidade na população geral, assim como potenciais moderadores desta associação (raça, idade, sexo e educação). Para tal, os autores realizaram um inquérito nacional a

12992 participantes com 16 ou mais anos de idade, incluindo subgrupos étnicos. Os autores observaram uma forte associação entre perturbações de ansiedade e obesidade, associação essa que era superior à associação encontrada entre perturbações de humor e obesidade. Constataram também a existência de uma forte associação entre a Perturbação Pós-*Stress* Traumático e a obesidade. Os autores notam que a Perturbação Pós-*Stress* Traumático não tem sido estudada em relação com a obesidade em amostras da população geral. A natureza transversal deste estudo não permite tirar conclusões causais ou direccionais, mas segundo estes autores é plausível que a Perturbação Pós-*Stress* Traumático conduza à obesidade (Scott et al., 2008).

Os autores analisaram também de que forma a associação entre a obesidade e as perturbações mentais ocorre em alguns grupos sociodemográficos e não em outros. A associação entre a obesidade e perturbações de humor estava condicionada às mulheres e àquelas sem habilitações literárias, contudo, a relação entre a obesidade e as perturbações da ansiedade não foi condicionada pelo sexo, nível de escolaridade, nem pela etnia.

No estudo desenvolvido por Simon et al. (2006), os autores encontraram uma magnitude semelhante na relação entre obesidade e perturbações de ansiedade e humor ao longo da vida. Contudo, este estudo investigou apenas três perturbações de ansiedade, não incluindo nenhuma das três perturbações que Scott et al. (2008) descobriram ter uma associação mais forte com a obesidade: fobia específica, fobia social e perturbação pós-stress traumático.

No seu estudo, Simon et al. (2006) examinaram a relação entre a obesidade e perturbações de ansiedade (incluindo perturbação de pânico, agorafobia sem pânico e perturbação de ansiedade generalizada), numa amostra nacional representativa da população geral dos Estados Unidos da América e descobriram que a obesidade está associada com o aumento significativo de diagnóstico de perturbação de pânico e agorafobia.

Segundo os autores, as perturbações de humor e de ansiedade têm diferentes contribuições para o risco de obesidade. Os autores concluíram que a obesidade foi associada com, aproximadamente, um aumento de 25% da probabilidade de

perturbações de ansiedade e de humor. As associações entre obesidade e perturbações psiquiátricas nesta amostra não variaram entre homens e mulheres.

Becker et al. (2001) desenvolveram um estudo com o objectivo de investigar a relação entre perturbação psiquiátrica e peso, especialmente entre aquela e a obesidade, analisando uma amostra representativa de jovens mulheres da população geral, constituída por 2064 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos, residentes na Alemanha. Neste estudo, os autores descobriram uma associação entre perturbações psiquiátricas e peso corporal. As mulheres com obesidade tinham maior prevalência de perturbações psiquiátricas. Mais importante ainda foi a descoberta de que as mulheres com obesidade sofriam mais frequentemente de perturbação de ansiedade do que as mulheres que não tinham diagnóstico de obesidade. Os autores referem, ainda, que as diferenças observadas foram independentes do estatuto socio-económico.

Mather, Cox, Enns e Sareen (2009) utilizaram os dados da amostra *Canadian Community Health Survey Cycle 1.2*, com um total de 36984 participantes com 15 ou mais anos de idade, com o objectivo de determinar se a obesidade está associada com perturbação psiquiátrica, após ter em consideração condições físicas de saúde. Os autores incluíram no seu estudo a avaliação de perturbação de pânico, ataques de pânico, fobia social e agorafobia, bem como de perturbação depressiva major, mania, dependência de álcool e drogas ilícitas, assim como comportamento suicida (ideação e tentativa). Neste estudo foi incluída a análise de factores sócio-demográficos e a medição da incapacidade física.

Os autores descobriram que a obesidade estava positivamente relacionada com várias perturbações psiquiátricas ao longo da vida, entre as quais os ataques de pânico, fobia social, agorafobia com perturbação de pânico, assim como perturbação de ansiedade ao longo da vida. A obesidade foi do mesmo modo positivamente associada com ataques de pânico, fobia social e outras perturbações de ansiedade no último ano. Os autores descobriram uma maior tendência para psicopatologia nas mulheres com diagnóstico de obesidade em comparação com os homens com diagnóstico de obesidade.

Mather et al. (2009) verificaram que, independentemente das condições físicas de saúde, a obesidade está associada a perturbações psiquiátricas. As descobertas dos autores de uma psicopatologia mais frequente nas mulheres com obesidade do que nos homens com obesidade é consistente com investigações anteriores, e existem varias razões para explicar por que é que as variáveis de saúde mental mostram tais padrões de disparidade. Uma hipótese sugerida por Mather et al. (2009) é que a maior tendência para o *distress* psicológico nas mulheres com diagnóstico de obesidade em comparação com os homens pode ser o resultado da elevada importância relativa do peso na identidade da mulher comparada com o homem, ou o aumento na tendência das mulheres a internalizar o excessivo estigma da obesidade presente nas culturas ocidentais.

Notamos ainda que, contudo, em comparação com estudos anteriores este estudo investigou apenas quatro perturbações de ansiedade, não incluindo fobia específica e perturbação pós-stress traumático, perturbações estas que Scott et al. (2008) descobriram ter uma associação mais forte com a obesidade.

A partir da revisão da literatura verificamos que a obesidade está associada com as perturbações de ansiedade em ambos os sexos, e que o sexo interage com o IMC aumentando o risco de determinadas perturbações. Barry, Pietrzak e Petry (2008) analisaram os dados de adultos não institucionalizados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC), num total de 40790 participantes, procurando explorar as diferenças de sexo em associações entre IMC e perturbações de humor e de ansiedade. Neste estudo, as perturbações de ansiedade avaliadas incluíram a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico sem agorafobia, perturbação de pânico com agorafobia, agorafobia com história de perturbação de pânico, fobia social, e fobia específica. Neste estudo, os autores descobriram que a obesidade estava associada com aumento da probabilidade de perturbações de ansiedade e fobias específicas em homens e mulheres. As mulheres com diagnóstico de obesidade, contudo, apresentavam adicionalmente um aumento do risco de fobia social. O excesso de peso previu o aumento do risco de fobia social e fobia específica em mulheres, mas não para os homens. As mulheres com excesso de peso apresentavam mais frequentemente perturbações de ansiedade, especialmente fobias sociais e fobias específicas, do que as mulheres com peso normal. As pessoas

com obesidade de ambos os sexos, apresentavam maior probabilidade de perturbação de humor e/ou de ansiedade.

Barry et al. (2008) concluem que estar com excesso de peso ou com obesidade pode contribuir, diferentemente em homens e mulheres, para a depressão ou ansiedade. Os autores observaram que 44% dos homens na amostra NESARC estavam com excesso de peso, e apenas 33% estavam na categoria de peso normal, tornando o excesso de peso a condição “normal” para os homens. Em contraste, 30% das mulheres estavam com excesso de peso, e 57% estavam fora do peso normal. O excesso de peso pode, deste modo, ser mais desviante para mulheres do que para homens. As mulheres com excesso de peso e obesidade apresentam um risco aumentado de fobia social, e de medo de enfrentar situações sociais, porque, muito mais do que os homens, têm a expectativa de que vão ser negativamente avaliadas por causa do seu peso.

Strine et al. (2008) examinaram de que forma a ansiedade está associada com a obesidade utilizando o Patient Health Questionnaire 8 (PHQ-8) e duas questões sobre diagnóstico de ansiedade durante a vida. Neste estudo, os autores descobriram que a ansiedade actual se encontra associada com um número de comportamentos não saudáveis, obesidade e inactividade física. O diagnóstico de ansiedade durante a vida está, do mesmo modo, associado com estes comportamentos não saudáveis. Strine et al. (2008) descobriram que aqueles com um diagnóstico durante a vida de ansiedade têm 30% maior probabilidade de ter obesidade do que aqueles que não tiveram este diagnóstico de ansiedade.

Por outro lado, têm sido comumente documentados decréscimos na depressão e ansiedade desde os primeiros estudos de Solow et al. (1974) e Solow (1977). Desde estes primeiros estudos, têm havido relatórios consistentes de decréscimos na ansiedade e na depressão após a cirurgia (Dixon et al., 2003; Dymek et al., 2001; Dymek et al., 2002; Gemet et al., 1998; Rosik, 2005; Karlsson, Sjostrom, & Sullivan, 1998; Kincey, et al. 1996).

Kincey et al. (1996) examinaram 63 indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade. Seis meses após a cirurgia, os autores verificaram a ocorrência

de uma perda de peso significativa, acompanhada por significativas melhorias na ansiedade e depressão, avaliadas através da HADS.

Karlsson et al. (1998) examinaram os efeitos da perda de peso nos sintomas de ansiedade e depressão (avaliados através da HADS em 487 indivíduos com diagnóstico de obesidade grave, integrados no estudo de intervenção Swedish Obese Subjects (SOS). Os participantes deste estudo apresentaram significativas reduções nos sintomas de ansiedade e depressão dois anos após a cirurgia. Antes da cirurgia 21% dos indivíduos ultrapassavam o ponto de corte >10 sugerindo a existência de ansiedade moderada a grave e dois anos após a cirurgia estes valores reduziram para 11%. Karlsson et al. (1998) verificaram que as mudanças positivas na depressão e na ansiedade estavam relacionadas com a perda de peso.

Rosik (2005) utilizou o Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) para avaliar a prevalência de perturbação no Eixo I do DSM-IV, numa amostra de 294 indivíduos aquando de uma consulta de psicologia pré-cirúrgica. O autor acompanhou uma sub-amostra de 64 indivíduos seis meses depois, para comparar a extensão dos sintomas psiquiátricos pré-cirúrgicos entre indivíduos que se submeteram e indivíduos que não se submeteram à cirurgia. Os resultados deste estudo sugerem que os indivíduos candidatos a cirurgia bariátrica apresentam com frequência sintomatologia psiquiátrica. Além disso, metade dos pacientes deste estudo poderia ser diagnosticado com pelo menos uma perturbação no Eixo I do DSM, e quase três em dez apresentou psicopatologia comórbida. O autor verificou que as perturbações de ansiedade estavam entre as perturbações mais prevalentes, particularmente as perturbações de obsessivo-compulsiva (13,6%) e fobia social (18%). A análise dos dados 6 meses depois indica que os indivíduos que se submeteram à cirurgia apresentaram menos sintomas.

O autor salienta que estes resultados sugerem que pode ser encontrada significativa psicopatologia em doentes candidatos a cirurgia bariátrica, e destacam a importância da inclusão das perturbações de ansiedade em qualquer avaliação psiquiátrica destes indivíduos.

Rosik (2005) afirma que o estigma cultural associado à obesidade pode ajudar a explicar a relativamente frequente ocorrência de fobia social. Por conseguinte, poderia

colocar-se a hipótese de que os sintomas associados a estes transtornos recuam após a cirurgia. Por sua vez, o autor afirma que a da perturbação obsessivo-compulsiva é mais difícil de interpretar e sugere que para estes indivíduos a sua preocupação com o peso possa ser uma extensão do seu estado de ansiedade subjacente. Rosik (2005) considera que estes resultados sugerem que a prevalência global de perturbações de ansiedade pode ser uma preocupação maior nesta população do que a depressão.

Rosik (2005) refere que o seu estudo revelou a diminuição da prevalência de somatização, hipocondria, fobia social, compulsão alimentar, e depressão entre estes indivíduos após uma redução de peso significativa, mas que as conclusões de estudos anteriores sobre esta questão são contraditórias podendo sugerir a presença de factores que ainda não estão bem compreendidos. O autor sugere que um possível factor é a exposição a trauma durante a vida. Quase 7% desta amostra foi identificada como tendo provavelmente experimentado Stress Pós-Traumático. Indivíduos com histórias traumáticas experimentam frequentemente problemas somáticos, ansiedade e depressão. O autor sugere que os indivíduos candidatos a cirurgia bariátrica com antecedentes traumáticos podem apresentar preocupações psiquiátricas que não estão fundamentalmente relacionadas com o peso. Deste modo, as histórias traumáticas podem mediar a relação entre a perda de peso pós-operatória e a redução e manutenção dos sintomas psiquiátricos, com indivíduos que apresentam tais histórias a alcançar resultados mais pobres ao longo do tempo (Rosik, 2005).

Os estudos que examinaram a associação entre ansiedade e IMC revelaram associações positivas entre a obesidade e a ansiedade. Estudos sobre os tratamentos para emagrecer sugerem que a participação em tratamentos de perda de peso melhora os sintomas de ansiedade, mas esta relação pode não estar relacionada com a perda de peso *per se*. Outros componentes de tratamento não específicos podem ser os ingredientes “activos” (Markowitz et al., 2008), tais como a participação activa no tratamento (Wing et al., 1984).

Quando considerados em conjunto, observamos que estes estudos evidenciam que a obesidade pode contribuir para a ansiedade, mas a relação não é simplesmente unidireccional, como passamos a analisar.

4.4. Ansiedade como causa de Obesidade

Embora existam poucos trabalhos que examinem os factores de risco e os mecanismos causais que podem levar os indivíduos ansiosos a tornarem-se obesos, existem alguns dados que indicam que a ansiedade aumenta o risco de vir a sofrer de obesidade mais tarde. Dados de amostras de crianças e adolescentes indicam que a psicopatologia nas crianças pode estar relacionada com o aumento de risco de obesidade na idade adulta, embora esses estudos não tenham procurado isolar as perturbações de ansiedade.

Anderson, Cohen, Naumova e Must (2006) investigaram a mudança de peso da infância à idade adulta associada com a ansiedade e a depressão. Os autores desenvolveram um estudo prospectivo longitudinal utilizando os dados de 820 participantes (403 mulheres e 417 homens) da amostra *The Children in the Community Study de Nova York*. Os participantes foram avaliados em quatro momentos distintos: em 1983 quando tinham 9 a 18 anos de idade ($n=776$), em 1985 a 1986 quando tinham 11 a 22 anos de idade ($n=775$), em 1991 a 1994 quando tinham 17 a 28 anos de idade ($n=776$), e em 2001 a 2003 quando tinham 28 a 40 anos de idade ($n=661$). Os autores utilizaram os dados de referência do Centers for Disease Control and Prevention Growth Charts para calcular o resultado do IMC z . Uma vez que o IMC z é uma medida contínua do peso relativo ajustado para a idade e sexo, os autores avaliaram a associação das perturbações de depressão e ansiedade na trajectória do peso ao longo de várias idades, incluindo a infância, adolescência e idade adulta.

Anderson et al. (2006) descobriram que as perturbações de ansiedade e depressão estavam associadas com um elevado IMC z nas mulheres, enquanto que estas perturbações nos homens não foram associadas com um maior IMC z . Nas mulheres, as perturbações de ansiedade foram associadas com maior peso, um IMC z superior, quando comparadas com mulheres sem perturbações de ansiedade. Nos homens, a associação entre as perturbações de ansiedade e a trajectória IMC z foi pequena e estatisticamente não significativa, sugerindo que as perturbações de ansiedade não influenciam o peso nos homens.

Em conclusão, a análise de Anderson et al. (2006) fornece evidência de que, nas mulheres, as perturbações de ansiedade está associada com maior peso. Anderson et al. (2006) concluem que se estes resultados sugerem que se deve tratar a ansiedade como parte dos esforços compreensivos da prevenção da obesidade. Anderson et al. (2006) sugerem também que esforços para melhorar a saúde mental nas populações podem também ajudar a prevenir e tratar a obesidade nas mulheres.

Em resumo, os estudos transversais são sugestivos de que a obesidade está associada com a ansiedade, assim como os resultados dos estudos de intervenção sugerem que a participação em tratamentos de perda de peso melhora os sintomas de ansiedade, mas que a esta relação pode não estar relacionada com a actual perda de peso. Quando observados em conjunto, existem razões para acreditar que a obesidade pode contribuir para a ansiedade, mas esta relação é complexa. Por outro lado, os resultados da análise de Anderson et al. (2006) fornecem evidência de que, nas mulheres, perturbações de ansiedade e depressão estão associadas com maior peso, sugerindo que estas perturbações aumentam o risco de aparecimento da obesidade mais tarde. Para melhor compreender esta relação, iremos examinar os mecanismos propostos por vários autores, da obesidade à ansiedade e da ansiedade à obesidade.

4.5. Mecanismos

A maioria dos mecanismos sugeridos para a associação entre a obesidade e as perturbações psiquiátricas têm sido propostos para explicar a relação entre a depressão major e a obesidade. Como observam Scott et al. (2008) algumas destas explicações são menos pertinentes para as perturbações de ansiedade.

Estar com excesso de peso ou obesidade pode contribuir para a ansiedade (Barry et al., 2008; Mather et al., 2009; Simon et al., 2006). As consequências sociais da obesidade, como o estigma, têm mostrado levar a um decréscimo do bem-estar mental (Myers & Rosen, 1999), o que pode desempenhar um importante papel no desenvolvimento de perturbações de ansiedade e de humor (Mather et al., 2009; Rosik, 2005; Simon et al., 2006). O estigma associado à obesidade, especialmente nas

mulheres, pode contribuir para a fobia social. As mulheres com excesso de peso e obesidade apresentam um risco aumentado de fobia social, e de medo de enfrentar situações sociais, porque muito mais do que os homens, têm a expectativa de que vão ser negativamente avaliadas por causa do seu peso (Barry et al., 2008).

Alternativamente, as perturbações de ansiedade podem levar a ganho de peso (Anderson et al., 2006; Barry et al., 2008; Scott et al., 2009). Existem estudos que sugerem que algum tipo de emoção determinada durante o acto de comer, usualmente referido como “emotional eating” (ingestão emocional), está associada com a obesidade (Blair, Lewis, & Booth, 1990; Ganley, 1989; Yanovoski, 2003).

A ingestão emocional é altamente prevalente em pessoas com obesidade que procuram tratamento, mas também diferencia pessoas com obesidade que não procuram tratamento das pessoas com peso normal. A ansiedade é uma das emoções negativas que pode ser considerada como um “gatilho” para a ingestão emocional, e está associada a um aumento de consumo de alimentos nas pessoas com obesidade relativamente às pessoas com peso normal (Ganley, 1989).

Goossens, Braet, Vlierberghe e Mels (2009) investigaram a perda de controlo sobre a alimentação e o papel da ansiedade, da depressão e ingestão emocional. Os autores exploraram a relação entre a perda de controlo e estados emocionais, tais como a ansiedade e a depressão, e descobriram que a perda de controlo estava significativamente associada com elevados graus de ansiedade, não encontrando associação significativa entre a perda de controlo e depressão. Os autores analisam o modelo tripartido de Clark e Watson (1991) e consideram a hipótese de que, nos jovens ansiosos, a ingestão emocional constitui uma forma de lidar com a hiper-excitação, enquanto que, nos jovens depressivos, pode ser uma forma de obter emoções mais positivas. Goossens et al. (2009) concluíram que a ansiedade e a depressão devem ser consideradas como dois estados emocionais distintos, cada um com a sua contribuição distinta relativamente à ingestão excessiva.

Goossens et al. (2009) observaram que a ingestão emocional estava significativamente associada à perda de controlo, para além de mediar a relação entre a ansiedade e a perda de controlo. Este facto leva os autores a assumir que o *emotional*

eating style é uma forma de lidar com a ansiedade e hiper-excitação, frequentemente relacionada com uma experiência de total perda de controlo sobre o acto de comer. Os autores concluem que este estudo mostra que os jovens com excesso de peso que apresentam sintomas de ansiedade e depressão utilizam a ingestão como um mecanismo de *coping* para controlar as suas emoções negativas, mas parece que especialmente os jovens ansiosos são vulneráveis à perda de controlo sobre o seu comportamento alimentar.

A ingestão emocional é também um factor determinante da ingestão compulsiva, com e sem comportamentos compensatórios (Stice, 2001). Por sua vez, a ingestão compulsiva sem comportamentos compensatórios é fortemente associada com a obesidade, por um lado, e com a ansiedade e perturbações de humor, por outro (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Yanovoski, 2003).

A este respeito, é apropriado considerar como as ligações entre a ansiedade e a obesidade sugeridas anteriormente, podem ser aplicadas à perturbação pós-stress traumático em particular (Rosik, 2005; Scott, 2008). Embora a conexão entre trauma no passado e obesidade adulta não tenha recebido muita atenção, têm sido encontradas ligações entre abusos sexuais na infância e obesidade adulta (Gustafson, & Sarwer, 2004) e entre outros tipos de abusos na infância e obesidade adulta (Williamson, Thompson, Anda, Dietz, & Feliti, 2002).

Estas descobertas, quando consideradas em conjunto com a investigação que estabelece uma ligação entre trauma no passado e ingestão compulsiva (Harrington et al., 2006; Rorty, Yager, & Rossoto, 1994), e uma forte ligação entre Perturbação Pós-Stress Traumático durante a vida e perturbação de ingestão compulsiva (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007), sugerem pelo menos um possível caminho entre trauma no passado e a obesidade no presente (Rosik, 2005), mediada pela ingestão emocional e/ou pela ingestão compulsiva (Scott et al., 2008). Outros caminhos biológicos mediadores são também possíveis (Gustafson & Sarwer, 2004).

Rosik (2005) sugere indivíduos com histórias traumáticas experimentam frequentemente problemas somáticos, ansiedade e depressão, e podem apresentar preocupações psiquiátricas que não estão fundamentalmente relacionadas com o peso.

Rosik (2005) afirma ainda que, as histórias traumáticas podem mediar a relação entre a perda de peso pós-operatória e a redução e manutenção dos sintomas psiquiátricos, com indivíduos que apresentam tais histórias a alcançar resultados mais pobres ao longo do tempo (Rosik, 2005).

Por sua vez, quando houve abuso sexual na infância, parece haver resistência em perder peso em idade adulta, como se o aumento de peso fosse protector, isto é, quanto maior o peso, menos desejável, logo, menor a probabilidade de novo abuso.

Estas explicações são sugestivas de uma dada direcção entre a Perturbação Pós-Stress Traumático e a obesidade, sendo plausível que a Perturbação Pós-Stress Traumático deva conduzir a obesidade (Scott et al., 2008). Uma tal inferência também é consistente com outras evidências sugestivas de um papel etiológico das perturbações de ansiedade em ambas as perturbações alimentares (anorexia e bulimia nervosa) (Kaye et al., 2004) e a obesidade (Anderson et al., 2006).

Outra possível conexão entre as perturbações de ansiedade, assim como as perturbações de humor, e o ganho de peso pode ser a utilização de medicação psicoactiva que está frequentemente associada com ganho de peso (Barry et al., 2008; Keck & Mc Elroy, 2003; Mather et al., 2009; Schwartz et al., 2004; Simon et al., 2006). Uma vez que os tratamentos farmacológicos para as perturbações de humor e de ansiedade são frequentemente associados com ganho de peso, considerações especiais de tratamento podem ser indicadas nesta população já sujeita a um aumento do risco de saúde relacionado com o peso (Barry et al, 2008).

Isto não implica um papel exclusivo das perturbações de ansiedade, uma vez que, como anteriormente observamos, a depressão inicial também tem sido associada com a obesidade adulta (Anderson et al., 2006; Goodman & Whitaker, 2002; Pine et al., 2001).

4.6. Em resumo

A investigação sugere que a obesidade e a ansiedade podem ter uma relação causal, na qual a associação pode ser bidireccional (Barry et al., 2008; Mather et al., 2009; Scott et al., 2008; Simon et al., 2006).

A investigação sugere importantes factores de risco e mecanismos causais na associação entre a obesidade e a ansiedade. Nos indivíduos que procuram tratamento para a perda de peso, muitos tem probabilidade de preencher os critérios para perturbações de humor ou de ansiedade actual ou durante a vida, mas poucos procuraram tratamento psiquiátrico (Ravaldi et al., 2005).

Mather et al. (2009) sublinham que as associações positivas entre a obesidade e várias perturbações sugerem que a obesidade tem implicações para o actual funcionamento psicológico e indicam que os clínicos que realizam tratamento em indivíduos com obesidade devem considerar a avaliação de perturbações mentais de modo a providenciar os melhores cuidados possíveis.

Barry et al. (2008) observam que os indivíduos com excesso de peso e obesidade podem transportar uma carga psicológica que interfere com as suas capacidades de aderir a programas de dieta e exercício, e compreender a relação entre perturbações de humor e de ansiedade e elevado IMC pode ser crucial para melhorar estas intervenções de saúde.

CAPÍTULO V: ASPECTOS METODOLÓGICOS

Por *método de investigação* entende-se as técnicas e práticas utilizadas para recolher, processar e analisar os dados, como seja, por exemplo, investigação (Bowling, 1998). Deste modo, neste capítulo salientamos a pertinência do estudo, desenvolvemos o desenho de investigação e objectivos do estudo, descrevemos os participantes, materiais utilizados e procedimento, incluindo protocolo de investigação e procedimento estatístico.

5.1. Pertinência do Estudo

Os indivíduos com obesidade candidatos a cirurgia de obesidade ou já submetidos a tratamento cirúrgico tornam-se uma população preferencial para a avaliação da qualidade de vida e do efeito da perda de peso uma vez que, o tratamento cirúrgico geralmente resulta numa redução de peso substancial e de longo termo (Mason et al., 1992; Reinhold, 1982). Além do mais, a pior qualidade de vida e, subsequentemente, as maiores melhorias na qualidade de vida, são esperadas nos indivíduos com obesidade que estão determinados a se submeter a um tratamento radical, tal como a cirurgia, para resolver os seus problemas (Gemert et al., 1998). Do mesmo modo, tornam-se uma população preferencial para avaliar as perturbações de humor e de ansiedade uma vez que permitem observar se existem diferenças na saúde mental associadas com diferenças no peso corporal.

5.2. Desenho da Investigação e Objectivos

Este estudo adopta um desenho observacional-descritivo transversal e de comparação entre grupos, tendo como objectivo fornecer informação acerca da população em estudo, no qual se desenvolvem procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem intervenção, e quais os efeitos nos indivíduos em estudo.

O presente estudo tem como objectivo conhecer e o impacto da obesidade na qualidade de vida dos indivíduos, bem como descrever sintomas de depressão e ansiedade. Pretende-se ainda analisar a relação entre a qualidade de vida e os sintomas de depressão e de ansiedade.

Este estudo propõe-se, também, comparar a qualidade de vida e sintomas de depressão e de ansiedade dos indivíduos com diagnóstico de obesidade propostos a tratamento cirúrgico, com dois grupos de indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade, em dois períodos de tempo pós cirúrgico diferentes: até seis meses após a cirurgia e mais de seis meses após a cirurgia.

O presente estudo tem como objectivos específicos:

- 1) Descrever a qualidade de vida em indivíduos com diagnóstico de obesidade.
- 2) Comparar a qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de obesidade com os valores normativos da população portuguesa.
- 3) Avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com diferentes classes de obesidade.
- 4) Descrever sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com diagnóstico de obesidade.
- 5) Avaliar se existe uma relação entre a qualidade de vida e os sintomas de depressão e de ansiedade.
- 6) Comparar a qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico com indivíduos já submetidos a cirurgia para tratamento da obesidade (há 6 ou menos meses e há mais de seis meses).
- 7) Comparar a qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de obesidade submetidos a tratamento cirúrgico (há 6 ou menos meses e há mais de seis meses), com os valores normativos da população portuguesa
- 8) Comparar os sintomas de depressão e ansiedade dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos submetidos a cirurgia para tratamento da obesidade (há 6 ou menos meses e há mais de seis meses).

5.3. Participantes

Os participantes foram seleccionados/recrutados aquando de uma consulta de rotina no Serviço de Endocrinologia do Hospital de Santo António do Porto. Foi estudada uma amostra de conveniência constituída por 130 indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico (Grupo 1 - G1), e 65 indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade em dois períodos de tempo pós cirúrgico diferentes: seis ou menos meses após a cirurgia (Grupo 2- G2; $n = 18$) e mais de seis meses após a cirurgia (Grupo 3 - G3; $n = 47$).

Trata-se de uma amostra de conveniência, do tipo *não probabilística* também designada *intencional* (Smith, 1975), na qual a probabilidade relativa de qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecido. Trata-se de uma amostra sequencial, que, de acordo com Pais-Ribeiro (2007b), é típica do sistema de saúde, e na qual as unidades constituintes são escolhidas estritamente na base “primeiro que aparece, primeiro escolhido”.

Os participantes responderam aos questionários quando se dirigiam ao hospital para consultas de rotina, no contexto de uma entrevista pessoal e os dados médicos foram consultados no seu processo clínico, depois do seu consentimento informado.

As características demográficas e IMC dos grupos estudados estão apresentadas no quadro 2 e 3 respectivamente. Verificamos que a amostra é constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino, casados/união de facto, empregados e de meia idade.

Quadro 2: Características da amostra em estudo

Características		Indivíduos com Diagnóstico de Obesidade (n=133)	Indivíduos Submetidos A Tratamento Cirúrgico (n=65)	
			Até 6 Meses Após (n=18)	Mais de 6 Meses Após (n=47)
Sexo	Feminino	87,2% (n = 116)	100% (n = 18)	95,7% (n = 45)
	Masculino	12,8% (n = 17)	0% (n = 0)	4,3% (n = 2)
Idade	Média (anos)	42,38 (n = 129)	40,72 (n = 18)	45,70 (n = 44)
	Desvio Padrão	11,63	11,29	10,56
	Mínimo-Máximo	19-70	22-58	27-70
Nível de Escolaridade	Média (anos)	7,54 (n = 124)	9 (n = 18)	7,07 (n = 42)
	Desvio Padrão	4,25	4,22	4,06
	Mínimo-Máximo	0-17	4-17	2-18
Estado Civil	Solteiro	19,7% (n = 26)	22,2% (n = 4)	17,4% (n = 8)
	Casado/União de Facto	71,2% (n = 94)	77,8% (n = 14)	69,6% (n = 32)
	Divorciado/Separado	5,3% (n = 7)	0% (n = 0)	6,5% (n = 3)
	Viúvo	3,8% (n = 5)	0% (n = 0)	6,5% (n = 3)
Profissão/Ocupação	Empregado	51,5% (n = 68)	66,7% (n = 12)	52,2% (n = 24)
	Sem Emprego	17,4% (n = 23)	5,6% (n = 1)	8,7% (n = 4)
	Estudante	3,8% (n = 5)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
	Reformado	12,1% (n = 16)	16,7% (n = 3)	10,9% (n = 5)
	Doméstico	15,2% (n = 20)	11,1% (n = 2)	28,3% (n = 13)
Total		100% (n = 119)	100% (n = 18)	100% (n = 47)

Quadro 3: Resultados dos valores médios (e desvios-padrão entre parêntesis) de IMC dos três grupos estudados, G1, G2 e G3

	Indivíduos com Diagnóstico de Obesidade (n=133)	Indivíduos Submetidos A Tratamento Cirúrgico (n =65)	
		6 ou Menos Meses Após (n =18)	Mais de 6 Meses Após (n=47)
	G1	G2	G3
IMC Médio (Desvio-Padrão)	44,42 (8,33)	40,22 (4,63)	34,10 (9,99)
IMC Normal			9,1 (n=4)
Pré-Obesidade			20,5% (n=8)
Obesidade Classe I	5,0% (n=6)	6,3% (n=1)	36,6% (n=15)
Obesidade Classe II	21,0% (n=25)	50% (n=8)	12,2% (n=5)
Obesidade Classe III	73,9% (n=88)	43,8% (n=7)	22,0% (n=9)
Total	100% (n=119)	100% (n=16)	100% (n=41)

O quadro 3 permite verificar que, comparados com indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico (G1), os indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há 6 ou menos meses (G2) e há mais de 6 meses (G3) apresentam resultados de IMC inferiores.

5.4. Material

5.4.1. As propriedades Psicométricas dos Instrumentos

Os questionários devem respeitar critérios métricos que são próprios da generalidade das medidas. Entre estas propriedades psicométricas podemos distinguir as que são inerentes ao teste e as que são inerentes a cada item.

Dois grandes tipos de propriedades métricas se têm distinguido nos testes psicológicos: a *fidelidade* e a *validade*. O essencial para qualquer medição ser precisa é, primeiro, que meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade) e, segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições, com os mesmos respondentes, o resultado encontrado seja idêntico (dentro de um erro aceitável) (fidelidade). (Pais-Ribeiro, 2007b).

No presente estudo optou-se por calcular o Alpha de Cronbach, com o objectivo de avaliar a consistência interna dos instrumentos utilizados. Pais-Ribeiro (2007b) sugere que uma boa consistência interna deve exceder um valor de Alpha de Cronbach 0,80, embora sejam aceitáveis valores acima de 0,60, sobretudo se as escalas têm um número reduzido de itens.

5.4.2. Questionários

Todos os participantes completaram os seguintes questionários, desenhados para avaliar variáveis sócio-demográficas, a qualidade de vida, a depressão e ansiedade.

5.4.2.1. Questionário Sócio-Demográfico

Foi desenvolvido para o presente estudo um questionário Sócio-Demográfico e Clínico, com o objectivo de obter informação dos participantes sobre idade, sexo, peso actual e altura, IMC, nível de escolaridade, profissão/ocupação e estado civil.

5.4.2.2. SF-36

Este questionário de título original SF-36 Health Survey, foi desenvolvido por Ware, Snow, Kosinsky e Gandek, em 1993, com o objectivo de avaliar a percepção de saúde tal como é definida pela Organização Mundial de Saúde, em jovens e adultos. Deste modo, este questionário avalia a saúde considerando-a um construto multidimensional (Pais-Ribeiro, 2007).

A versão portuguesa deste instrumento designa-se por SF-36 e foi desenvolvido Ribeiro (2005). Esta escala é frequentemente utilizada para avaliar a qualidade de vida, provavelmente a mais utilizada (Pais-Ribeiro, 2007), existindo vários estudos em que foi utilizado o SF-36 para avaliar a qualidade de vida em indivíduos com obesidade (Kolothin, Meter & Williams, 2001).

Este questionário foi assumindo diversas designações como MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study), SF-36 ou Rand 36-Item Health Survey 1.0, constituindo o termo actual somente SF-36. O primeiro grande estudo de várias línguas do SF-36 foi publicado num número especial do *Journal of Clinical Epidemiology*, em 1998, com o qual a versão apresentada por Pais-Ribeiro (da V 1.0) segue os procedimentos e compara os resultados (Pais-Ribeiro, 2007).

Os 36 itens do SF-36 distribuem-se por oito dimensões (Funcionamento Físico, com 10 itens; Desempenho Físico com 4 itens; Dor Corporal com 2 itens; Saúde Mental com 5 itens; Desempenho Emocional com 3 itens; Funcionamento Social com 2 itens; Vitalidade com 4 itens; Percepção Geral de Saúde com 5 itens), mais um item de Transição de Saúde (Pais-Ribeiro, 2007). Dimensões estas que passamos a descrever e apresentamos de acordo com os significados das notas baixas ou elevadas (Pais-Ribeiro, 2005; Silva, 2003):

Funcionamento Físico: Subescala que procura avaliar a extensão com que a saúde física limita as actividades físicas. Uma nota baixa significa que o indivíduo é muito limitado na realização de todas as actividades físicas, incluindo tomar banho ou vestir-se, por razões de Saúde. Uma nota elevada significa que realiza todos os tipos de actividade física, incluindo as mais exigentes, sem limitações por motivos de Saúde.

Desempenho Físico: Dimensão que pretende avaliar a extensão com que a saúde física interfere no tipo e quantidade de trabalho ou actividades do quotidiano. Uma nota baixa significa que o indivíduo tem problemas com o trabalho ou outras actividades diárias em consequência da Saúde Física. Uma nota elevada significa que não tem problemas com o trabalho ou outras actividades diárias em consequência da Saúde Física.

Desempenho Emocional: Subescala que pretende avaliar a extensão com que os problemas emocionais interferem com o trabalho ou outras actividades diárias. Uma nota baixa significa que em resultado de problemas emocionais, tem dificuldades com o trabalho ou outras actividades diárias. Uma nota elevada significa que não tem dificuldades com o trabalho ou outras actividades diárias devido a problemas emocionais.

Dor Corporal: Subescala que pretende avaliar a intensidade da dor e efeito que esta tem nas actividades do dia a dia. Uma nota baixa significa que o indivíduo experimenta uma dor muito intensa e extremamente limitativa, enquanto que, por sua vez, uma nota elevada significa que o indivíduo não tem dor ou limitação devido a dor.

Saúde Geral: Subescala que tem como objectivo a avaliação da percepção holística da saúde, incluindo saúde actual, a resistência à doença e a aparência saudável. Uma nota baixa significa que o indivíduo avalia a Saúde como má e acredita que ela provavelmente vai piorar. Uma nota elevada significa que o indivíduo avalia a sua Saúde como excelente.

Vitalidade: Subescala que inclui os níveis de energia e de fadiga. Uma nota baixa significa que o indivíduo se sente cansado e exausto a maior parte do tempo, enquanto que, por sua vez, uma nota elevada significa que o indivíduo se sente animado e cheio de energia.

Funcionamento social: Pretende avaliar a extensão com que a saúde física ou os problemas emocionais interferem com a quantidade e com a forma como o trabalho ou outras actividades do dia a dia são realizadas. Uma nota baixa significa que os problemas emocionais e físicos interferem de uma forma extrema e frequente com as

actividades sociais normais. Uma nota elevada significa que realiza as actividades sociais normais sem que problemas físicos ou emocionais interfiram.

Saúde Mental: Subescala que pretende avaliar a saúde mental geral, incluindo depressão, ansiedade, controlo comportamental e emocional, e afecto positivo geral. Uma nota baixa significa que o indivíduo se sente sempre nervoso e deprimido, enquanto que, por sua vez, uma nota elevada significa que o indivíduo se sente sempre em paz, feliz e calmo.

Transição de Saúde: Item que visa avaliar a saúde actual, por comparação com a saúde no ano anterior. Uma nota baixa significa que o indivíduo acredita que a Saúde Geral é muito melhor agora do que há um ano, enquanto que, por sua vez, uma nota elevada significa que acredita que a Saúde Geral é muito pior agora do que há um ano.

As oito dimensões associam-se, por sua vez, em duas grandes Componentes: Componente Físico e Componente Mental. Cada um destes componentes agrupa quatro das dimensões referidas (Pais-Ribeiro, 2007). A componente Saúde Física engloba o Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, e Percepção Geral de Saúde, enquanto que, por sua vez, a Componente Saúde Mental inclui a Vitalidade, Saúde Mental, Funcionamento Social e Desempenho Emocional (Pais-Ribeiro, 2005). A escala de transição ou mudança de saúde não constitui por si só uma dimensão, mas permite-nos aceder a informação sobre o grau de mudança que o respondente experimentou no último ano (Silva, 2003).

As alternativas de resposta são em escalas ordinais entre 2 e 6 pontos para a V 1.0. Os resultados do SF-36 são apresentados como um perfil das 8 dimensões ou das duas componentes, não fornecendo uma nota global. A nota de cada dimensão é deste modo convertida de “0” (máximo prejuízo) a “100” (sem prejuízo) (Pais-Ribeiro, 2007).

De acordo com Pais-Ribeiro (2007), o processo de validação para português segue os procedimentos originais e encontra estruturas e valores idênticos, não só aos originais como aos de outras versões noutras línguas, apresentando valores normativos por grupos de idade e sexo.

A análise da versão portuguesa do SF-36 conduziu a valores satisfatórios de consistência interna e de validade discriminante. Em relação aos valores de fidelidade encontrados para as escalas do SF-36, constatou-se que todos os estimadores excedem os padrões aceitáveis usados e que, para cada escala, a média dos coeficientes de fidelidade iguala ou excede 0,80, com excepção do funcionamento social, em que é de 0,76. Esta escala demonstrou, ainda, ser sensível à mudança (Ferreira, 2000b).

No presente estudo verificou-se que, de uma forma geral, as sub-escalas do SF-36 apresentam um valor de Alpha de Cronbach razoável (os valores dos Alpha de Chronbach são todos superiores a 0,70) e que, deste modo, se trata de uma escala fiel (quadro 4).

De acordo com Kolotkin, Meter e Williams (2001) a United States Task Force on Developing Obesity Outcomes and Learning Standards (TOOLS) recomenda a utilização do SF-36 como escolha de medida genérica na investigação da obesidade. O SF-36 foi recomendado porque é compreensivo, breve, consistente com as actuais directrizes para instrumentos de percepção de qualidade de vida e psicometricamente robusto (Kolotkin et al., 2001).

Quadro 4: Valor de Alpha de Cronbach para as sub-escalas do SF-36 no presente estudo

Dimensão	Alpha de Chronbach	Número de Itens
Funcionamento Físico	0,915	10
Desempenho Físico	0,876	4
Dor Corporal	0,907	2
Saúde Geral	0,763	5
Vitalidade	0,818	4
Funcionamento Social	0,728	2
Desempenho Emocional	0,928	3
Saúde Mental	0,803	5

5.4.2.3. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi construída por Snaith e Zigmond em 1983, com o objectivo de auxiliar os clínicos, na identificação e reconhecimento de componentes emocionais associados a doença física e que podem aumentar o *distress* desta doença, confundir o diagnóstico e prolongar o tempo de recuperação (Pais-Ribeiro, 2007).

Esta escala propõe-se avaliar a depressão e a ansiedade em doentes que estão em contexto hospitalar. A ansiedade e depressão avaliados são a depressão e ansiedade estado, referindo-se as questões colocadas aos últimos dias (Pais-Ribeiro, 2007).

Zimond e Snaith (1983) explicam que os sintomas apresentados por pessoas com doença podem dever-se a estados emocionais, nomeadamente ansiedade e depressão, e não necessariamente a patologia orgânica.

Os itens da escala foram escolhidos de modo a que não reflectissem a doença física actual, motivo pelo qual, foram eliminados itens tais como perda de apetite e alterações do sono, que podem ser sintomas de outra perturbação emocional ou doença física. Alguns autores designam o construto resultante da junção da ansiedade e depressão como *distress* (Pais-Ribeiro, 2007).

Apesar do termo hospitalar estar incluído no título, investigações posteriores mostram que esta escala é útil em contextos de saúde de cuidados primários, como centros de saúde, centros comunitários, e até em contextos psiquiátricos, em indivíduos com doença física ou como instrumento de rastreio de ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

A HADS consiste em duas sub-escalas, uma que mede a ansiedade e outra a depressão, cada uma com sete itens. As duas escalas são classificadas separadamente. Cada item é respondido pelo doente numa escala ordinal de quatro posições (0-3). A nota para cada dimensão varia entre 0 a 21. É um questionário de auto-resposta constituído por 14 itens, demorando entre dois e cinco minutos para ser respondidos (Pais-Ribeiro, 2007).

Apesar de ter sido desenvolvida para identificar dois construtos separados (ansiedade e depressão), Hermann (1997) e Johnston, Pollard, e Hennessy (2000) sugerem que o resultado baseado nos 14 itens da HADS pode ser usado para avaliar o que os autores designam por *distress* (Pais-Ribeiro et al., 2007).

A escala foi construída com base no conteúdo e confirmada por análise estatística, quer psicométrica, quer clinimétrica (Pais-Ribeiro, 2007).

Bjelland, Dahl, Haug e Neckelmann (2002) desenvolveram uma revisão da literatura de 747 estudos que utilizaram a HADS e verificaram que a sua revisão confirmou a hipótese de que a HADS é um questionário que tem um bom desempenho na avaliação da ansiedade e depressão e de casos de perturbações de ansiedade e perturbação depressiva em indivíduos acompanhados em hospitais não-psiquiátricos. Os resultados da sua revisão suportam a estrutura dos dois factores da HADS. As diferentes traduções da HADS confirmam a consistência interna e suportam a robustez deste instrumento (Bjelland et al., 2002).

A investigação encontrara evidência de que a HADS tem as mesmas propriedades quando aplicada a amostras da população geral, indivíduos acompanhados por médicos de clínica geral e doentes psiquiátricos, comprovando a sua sensibilidade (Bjelland et al., 2002).

Bjelland et al. (2002) afirmam que esta escala tem propriedades tão boas como instrumentos semelhantes utilizados para a identificação de perturbações de ansiedade e depressão, tais como o BDI, STAI, CAS e sub-escalas do SCL-90 Anxiety and Depression, podendo a sua validade ser considerada *boa a muito boa*.

Mykletun, Stordal e Dahl (2001) examinaram as propriedades psicométricas da HADS numa grande população, num total de 65648 participantes, com idades compreendidas entre os 20-89 anos. Este estudo baseado numa grande população deu suporte à estrutura bidimensional dos factores, verificando-se que as propriedades psicométricas da HADS, como um instrumento de auto-avaliação, devem ser consideradas como *muito boas* em termos de estrutura factorial, validade e fidelidade.

A versão portuguesa desta escala designa-se Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, desenvolvida por Pais-Ribeiro et al. em 2007. A versão portuguesa da HADS foi estudada em 1322 doentes com doenças como cancro (mama, ovário, útero), acidente vascular cerebral, epilepsia, diabetes tipo 2, doença cardíaca coronária, obesidade mórbida, depressão, distrofia miotónica, apneia do sono, bem como, mais um grupo sem doença como controlo (Pais-Ribeiro et al., 2007). O estudo da versão portuguesa da HADS confirma que é um instrumento fiel e válido para avaliar a ansiedade e a depressão em contextos médicos e em populações com doença.

Não existem alterações na versão portuguesa relativamente à forma original, apresentando propriedades métricas idênticas à versão original e semelhantes a outras versões adoptadas para outros idiomas. Para além do estudo exploratório e das propriedades métricas básicas e da sensibilidade, a versão portuguesa da escala foi submetida a análise factorial confirmatória que confirma o ajustamento do modelo de dois factores tal como os autores originais propõem (Pais-Ribeiro, 2007).

Os valores normativos apresentados no manual da HADS indicam que uma nota entre “0” e “7” é “normal”, entre “8” e “10” “leve”, entre “11” e “14” “moderada” e entre “15” e “21” “grave”. Segundo Pais-Ribeiro (2007), vários estudos recomendam um ponto de corte entre possível existência de ansiedade e depressão versus ausência em 8/9. Contudo, este valor não foi estudado para a população portuguesa. No entanto, dada a semelhança das restantes propriedades métricas com as versões originais e adaptadas para outros países pode-se assumir, para efeitos de rastreio estes valores (Pais-Ribeiro, 2007).

Pais-Ribeiro et al. (2007) afirmam que, o instrumento é útil no contexto dos cuidados de saúde, por ser breve, aceitável para os pacientes, facilmente compreensível e fornecer informações claras sobre a interpretação dos resultados.

No presente estudo verificou-se que as duas sub-escalas da HADS apresentam um valor de Alpha de Cronbach razoável (os valores dos Alpha de Chronbach são todos superiores a 0,70) e que, deste modo, se trata de uma escala fiel (quadro 5).

Quadro 5: Valor de Alpha de Cronbach para as duas sub-escalas e escala total da HADS no presente estudo

	Alpha de Chronbach	Número de Itens
Escala Total	0,854	14
Sub-escala Depressão	0,775	7
Sub-escala Ansiedade	0,792	7

5.5. Procedimento

5.5.1. Protocolo de Investigação

Uma vez integrado em estudo em curso, ressaltamos que a Comissão de Ética da instituição onde foram recolhidos os dados havia já aprovado todos os procedimentos utilizados no presente estudo.

Os participantes foram recrutados aquando de uma consulta de rotina no Serviço de Endocrinologia do Hospital de Santo António do Porto. Todos os participantes preencheram um termo de consentimento livre e informado e o preenchimento foi seguido em conformidade com os padrões éticos da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, lei Portuguesa e as normas éticas do hospital. Os participantes responderam à entrevista clínica e aos questionários, no contexto de uma entrevista pessoal conduzida por um psicólogo. Os dados clínicos (nomeadamente os dados relacionados com o IMC, tempo de cirurgia) foram recolhidos a partir de registos do hospital, após os pacientes serem informados e dado o seu consentimento. Os instrumentos foram administrados sempre pela mesma ordem: primeiro o questionário sócio-demográfico e clínico, o SF-36 e a HADS.

Os critérios de inclusão desta amostra obedeceram aos seguintes aspectos: (1) indivíduos que apresentam diagnóstico de obesidade, ou que tivessem sido submetidos a cirurgia de obesidade; (2) informados desse diagnóstico; (3) sem perturbações do

estado de consciência; (4) não hospitalizados, (5) e que assinassem o consentimento informado para participar no estudo.

5.5.2. Procedimento Estatístico

Análise estatística

O objectivo do investigador quando se debruça sobre um conjunto de dados é verificar a existência e a natureza das relações entre as variáveis. Os procedimentos de análise de dados podem ser classificados de inúmeras maneiras para salientar os aspectos a que se dá mais relevância na investigação e que não são métodos alternativos. Antes de passar ao tipo de análise há que fazer uma escolha fundamental para a credibilidade da investigação, acerca do tipo de testes estatísticos a utilizar. Estes variam consoante a natureza da distribuição dos resultados, ou das técnicas de recolhas de dados (Pais-Ribeiro, 2007b).

A análise descritiva dos dados permite caracterizar os dados da amostra em estudo (Pais-Ribeiro, 2007) e para tal foram conduzidas médias e desvios-padrão para observar diferenças nas características demográficas da amostra e IMC. Para observar diferenças entre os grupos no IMC (medido continuamente) foram conduzidos os testes One-way ANOVA e Bonferroni. Para a descrição da qualidade de vida (SF-36) e sintomas de depressão e ansiedade (HADS) nos indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico foram conduzidas médias e desvios-padrão. Para examinar a relação entre estas variáveis, foi conduzido o teste r de Pearson. O teste One-Way ANOVA foi conduzido para examinar diferenças entre os indivíduos com diagnóstico de obesidade com diferentes classes de obesidade quanto à sua qualidade de vida. Para observar diferenças entre os grupos na qualidade e vida e sintomas de depressão e ansiedade foram conduzidos os testes One-way ANOVA e o Bonferroni.

Os dados foram analisados utilizando-se o SPSS, Statistical Package for The Social Sciences, versão 17.0.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

Neste capítulo são analisados os dados e apresentados os resultados estatísticos subjacentes aos objectivos propostos no capítulo anterior.

6.1. Análise descritiva dos dados

A análise descritiva dos dados permite caracterizar os dados da amostra em estudo (Pais-Ribeiro, 2007). Para tal foram conduzidas médias e desvios-padrão para observar diferenças entre os grupos nas características demográficas (quadro 2, página 89). O quadro 6 dispõe os resultados médios de IMC nos três grupos G1, G2 e G3. Comparados com indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico (G1), observam-se resultados médios do IMC inferiores nos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há 6 ou menos meses (G2) e mais de 6 meses (G3).

One-way ANOVA e o teste Bonferroni demonstram existir uma diferença estatisticamente significativa de IMC (medido continuamente) entre os três grupos ($F=50,425$; $p < 0,0001$). O teste de Bonferroni identifica os indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar cirurgia (G1) como tendo um IMC superior relativamente aos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há mais de seis meses (G3). Do mesmo modo, o teste de Bonferroni identifica os indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há 6 ou menos meses (G2) como tendo um IMC superior relativamente aos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há mais de seis meses (G3). O teste Bonferroni não demonstra diferenças estatisticamente significativas de IMC entre G1 e G2.

Quadro 6: Resultados dos valores médios (e desvios-padrão entre parêntesis) de IMC nos três grupos G1, G2 e G3 e resultados dos testes One-Way ANOVA e Post-Hoc Bonferroni

				Indivíduos com	Indivíduos Submetidos	
				Diagnóstico de	A Tratamento Cirúrgico	
				Obesidade	6 ou Menos	Mais de 6
					Meses Após	Meses Após
		<i>F</i>	<i>P</i>	G1 (<i>n</i> =133)	G2 (<i>n</i> =18)	G3 (<i>n</i> =50)
IMC	G1>G3; G2>G3	21,891	0,0001	44,42 (8,33)	40,22 (4,63)	34,10 (9,99)

6.2. Qualidade de vida em indivíduos com diagnóstico de obesidade.

A análise dos resultados médios obtidos permite observar que os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam uma pobre qualidade de vida.

O quadro 7 dispõe os resultados médios das dimensões e domínios da qualidade de vida do SF-36 e item de Transição de Saúde nos indivíduos com diagnóstico de obesidade (elevados resultados indicam elevado funcionamento, excepto o item Transição de Saúde, que contrariamente, resultados elevados significam que o indivíduo acredita que a saúde geral é muito pior agora do que há um ano). Observa-se que os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam baixos resultados nas oito dimensões da qualidade de vida. Estes resultados reflectem-se quer no Domínio Físico quer no Domínio Mental da qualidade de vida. Por sua vez, a análise dos resultados sugere que os indivíduos com diagnóstico de obesidade percebem que o estado de saúde geral se deteriorou no último ano.

Quadro 7: Resultados dos valores médios (e desvios-padrão entre parêntesis) das sub-escalas do SF-36 dos indivíduos com diagnóstico de obesidade e percentagem de indivíduos com resultados inferiores às normas. Valores normativos da população portuguesa (independentemente do sexo)

	Indivíduos com Diagnóstico de Obesidade (<i>n</i> =133)		Comparação com Normas (Pais-Ribeiro, 2005) (<i>n</i> =1434)
	Valores Médios (Desvios Padrão)	Percentagem de Indivíduos com Valores Inferiores às Normas	
SF-36			
Funcionamento Físico	54,20 (27,99)	73,8% (<i>n</i> =93)	80,87 (26,20)
Desempenho Físico	56,20 (42,39)	58,9% (<i>n</i> =76)	76,61 (35,89)
Dor Corporal	45,99 (32,22)	75,2% (<i>n</i> =100)	71,25 (25,69)
Saúde Geral	47,54 (20,93)	78,2% (<i>n</i> =104)	63,72 (21,43)
Vitalidade	39,22 (24,74)	77,5% (<i>n</i> =100)	58,76 (20,75)
Funcionamento Social	68,04 (31,32)	42,1% (<i>n</i> =56)	74,25 (24,49)
Desempenho Emocional	54,61 (46,77)	51,5% (<i>n</i> =67)	69,84 (38,1)
Saúde Mental	49,53 (24,42)	74,2% (<i>n</i> =95)	66,21 (20,53)
Domínio Físico	50,83 (23,75)		
Domínio Mental	53,12 (25,70)		
Transição de Saúde	3,11 (1,09)		

6.3. Comparação da qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos da população em geral.

Quando comparados com as normas gerais da população portuguesa (Pais-Ribeiro, 2005), verificamos que os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam pior qualidade de vida, demonstrada por resultados médios inferiores em todos as dimensões da qualidade de vida do SF-36.

O quadro 7 apresenta os valores normativos da população portuguesa (Pais-Ribeiro, 2005). Salientamos que, no seu estudo, Pais-Ribeiro (2005) disponibiliza três tipos de normas: normas gerais de um grupo não doente ou saudável, independentemente do sexo; normas gerais por sexo; e normas por idade em que as normas são estabelecidas por grupo de idade. No presente estudo optamos por seleccionar dentro das normas apresentadas, as normas gerais de um grupo não doente ou saudável, independentemente do sexo ou idade, subsequente a uma análise detalhada dos resultados obtidos de acordo com as normas gerais estabelecidas por grupo de idade e sexo, na qual não se verificaram diferenças assinaláveis na análise dos resultados. Por sua vez, verificamos que a selecção de normas gerais de um grupo não doente ou saudável, independentemente do sexo ou idade, permite uma maior síntese na apresentação dos resultados obtidos.

Deste modo, a análise dos resultados obtidos permitiu verificar ainda, uma elevada percentagem de indivíduos com diagnóstico de obesidade com valores inferiores às normas, nomeadamente ao nível do Funcionamento Físico, Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade.

6.4. Associações entre IMC e a qualidade de vida.

A análise dos resultados obtidos com o cálculo do teste One-Way ANOVA permitiu verificar que existem diferenças estatisticamente significativas quanto à qualidade de vida entre os indivíduos com diferentes classes de obesidade.

Como podemos observar no quadro 8, os resultados obtidos através do teste One-Way ANOVA apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre indivíduos com diferentes classes de obesidade, nomeadamente ao nível do Funcionamento Físico, Dor Corporal, Vitalidade, Domínio Físico e Transição de Saúde. Em relação ao Funcionamento Físico, observa-se que os indivíduos com uma mais grave classe de obesidade apresentam o pior funcionamento físico. O mesmo pode ser observado no item de Transição de Saúde, no qual os indivíduos com a classe mais grave de obesidade apresentam mais frequentemente a percepção de que o estado de saúde geral se deteriorou no último ano.

Contudo, em relação à Dor Corporal, Vitalidade e Domínio Físico observa-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com diferentes classes de obesidade, sendo os indivíduos com Obesidade Classe II que apresentam uma melhor qualidade de vida, quando comparados com indivíduos com Obesidade Classe I e Classe III. Podemos ainda observar que quanto à Dor Corporal e Domínio Físico, os indivíduos com Obesidade Classe I apresentam piores resultados do que os indivíduos com Obesidade Classe III. Os resultados obtidos permitem verificar que não existem de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre indivíduos com diferentes classes de obesidade ao nível do Desempenho Físico, Saúde Geral, Funcionamento Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental e Domínio Mental.

Quadro 8: Distribuição dos resultados das sub-escalas do SF-36 por categoria de IMC e resultados do teste One-Way ANOVA

SF-36	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	Obesidade	Obesidade	Obesidade
			Classe I	Classe II	Classe III
			<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
FF	3,488	0,034	68,00 (10,37)	65,68 (25,23)	50,00 (28,83)
DF	2,647	0,075	45,00 (51,24)	72,00 (41,66)	50,28 (42,54)
DC	3,971	0,021	33,67 (25,97)	56,68 (28,13)	40,68 (32,32)
SG	0,337	0,715	49,50 (24,57)	50,76 (22,91)	46,91 (20,65)
VT	3,747	0,027	36,67 (24,22)	50,62 (30,08)	35,35 (22,31)
FS	0,306	0,737	66,67 (43,06)	72,50 (31,25)	66,90 (31,32)
DE	1,994	0,141	40,00 (54,77)	70,67 (44,43)	50,95 (46,82)
SM	2,987	0,054	39,33 (17,60)	59,36 (23,51)	47,01 (25,06)
DF	3,956	0,022	46,40 (19,88)	62,86 (23,88)	47,15 (23,65)
DM	2,601	0,079	43,65 (33,61)	63,17 (28,16)	50,36 (24,70)
TS	4,654	0,011	2,00 (0,90)	2,88 (1,01)	3,24 (1,06)

FF= Funcionamento Físico; DF= Desempenho Físico; DC= Dor Corporal; SG= Saúde Geral; VT= Vitalidade; FS= Funcionamento Social; DE= Desempenho Emocional; SM= Saúde Mental; DF= Domínio Físico; DM= Domínio Mental; TS= Transição de Saúde.

6.5. Sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com diagnóstico de obesidade.

A análise dos resultados médios dos sintomas de depressão e de ansiedade da HADS permite observar que nos indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam elevados sintomas de depressão e de ansiedade, ultrapassando o limite considerado normal.

A análise dos resultados obtidos permitiu verificar ainda, considerando um ponto de corte igual ou superior a 8, a existência de ansiedade em 71,5% dos indivíduos com diagnóstico de obesidade, e de depressão em 38,5%. Por sua vez, verifica-se a existência de comorbilidade em 33,8% dos indivíduos com diagnóstico de obesidade, apresentando ansiedade e depressão.

Quadro 9: Resultados dos valores médios e desvios-padrão (entre parênteses) dos sintomas de depressão e ansiedade da HADS nos indivíduos com diagnóstico de obesidade. Percentagem de indivíduos com resultados iguais ou superiores a 8.

Indivíduos com Diagnóstico de Obesidade (n=130)		
	Valores Médios (Desvios Padrão)	Percentagem de Indivíduos com Resultados = ou > 8
HADS		
Depressão	7,10 (4,39)	38,5% (n=50)
Ansiedade	10,45 (4,7)	71,5% (n=93)

6.6. Relação entre a qualidade de vida e os sintomas de depressão e ansiedade nos indivíduos com diagnóstico de obesidade.

Os sintomas de depressão e de ansiedade demonstraram estar correlacionados de forma estatisticamente significativa e negativa com a qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade. Os resultados apontam no sentido de que quanto maior a existência de sintomas de depressão e de ansiedade, menor é a qualidade de vida dos indivíduos.

Como podemos observar no quadro 10, os resultados do teste r de Pearson sugerem que os sintomas de depressão estão negativa e significativamente correlacionados com todas dimensões da qualidade de vida do SF-36, sugerindo que quanto maior a presença de sintomas de depressão, pior parece ser a qualidade de vida dos indivíduos. Para além disso, quanto maior o nível de sintomas de depressão do indivíduo, maior parece ser a sua percepção de que o estado de saúde geral se deteriorou no último ano. Quando considerados os dois domínios da qualidade de vida, verificamos que existe uma correlação negativa entre os sintomas de depressão e o Domínio Físico e Domínio Mental.

Os resultados do teste r de Pearson sugerem que os sintomas de ansiedade também estão negativamente correlacionados com todas dimensões da qualidade de vida do SF-36, sugerindo que, quanto maior a presença de sintomas de ansiedade, pior parece ser a qualidade de vida dos indivíduos. Por sua vez, quanto maior o nível de sintomas de ansiedade do indivíduo, maior parece ser a sua percepção de que o estado de saúde geral se deteriorou no último ano (Transição de Saúde. Quando considerados os dois grandes domínios da qualidade de vida, verificamos que existe uma correlação negativa entre os sintomas de ansiedade e o Domínio Físico e Domínio Mental (quadro 10).

Quadro 10: Relação entre a qualidade de vida e os sintomas de depressão e ansiedade nos indivíduos com diagnóstico de obesidade: resultados do Coeficiente de Correlação R de Pearson

Dimensões do SF-36	Depressão (r (n)= p)	Ansiedade (r (n)= p)
Funcionamento Físico	r (124) = - 0,37; p <0,0001	r (123) = - 0,21; p <0,0001
Desempenho Físico	r (126) = - 0,33; p <0,0001	r (126) = - 0,25; p <0,01
Dor Corporal	r (130) = - 0,39; p <0,0001	r (130) = - 0,34; p <0,0001
Saúde Geral	r (130) = - 0,49; p <0,0001	r (130) = - 0,34; p <0,0001
Vitalidade	r (126) = - 0,56; p <0,0001	r (126) = - 0,42; p <0,0001
Funcionamento Social	r (130) = - 0,61; p <0,0001	r (130) = - 0,49; p <0,0001
Desempenho Emocional	r (127) = - 0,45; p <0,0001	r (127) = - 0,40; p <0,0001
Saúde Mental	r (125) = - 0,61; p <0,0001	r (125) = - 0,70; p <0,0001
Domínio Físico	r (121) = - 0,49; p <0,0001	r (120) = - 0,36; p <0,0001
Domínio Mental	r (118) = - 0,66; p <0,0001	r (118) = - 0,59; p <0,0001
Transição de Saúde	r (130) = 0,30; p <0,01	r (130) = 0,20; p <0,05

6.7. Comparação da qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico.

O quadro 11 mostra a análise descritiva das sub-escalas do SF-36 nos três grupos de participantes. Comparados com indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico, observa-se que os indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade obtiveram resultados médios superiores em todas as dimensões e respectivos domínios do SF-36 e resultados médios inferiores no item de Transição de Saúde. Assim, observa-se que os indivíduos com diagnóstico de obesidade submetidos a cirurgia apresentam uma melhor qualidade de vida e acreditam com mais frequência que a sua saúde geral é melhor agora do que há um ano.

A análise dos resultados obtidos com o cálculo do teste One-Way ANOVA permitiu verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os

indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico (G1) e indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há seis ou menos meses (G2) e há mais de 6 meses (G3).

Como podemos observar no quadro 11, os testes One-way ANOVA e post-hoc Bonferroni demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas sub-escalas do SF-36 de Funcionamento Físico, Saúde Geral, Vitalidade, Desempenho Emocional, Domínio Físico e Transição de Saúde.

O cálculo dos testes One-Way ANOVA e post-hoc Bonferroni permitiram constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos G1 e G2 nas sub-escalas do SF-36 Saúde Geral, Vitalidade e Transição de Saúde. O teste de Bonferroni identifica os indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar cirurgia (G1) como tendo pior qualidade de vida, avaliada pelo SF-36 ao nível da Saúde Geral, Vitalidade, e Transição de Saúde relativamente aos indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico há 6 ou menos meses (G2).

Constatou-se, ainda, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos G1 e G3 nas sub-escalas do SF-36 Funcionamento Físico, Saúde Geral, Vitalidade, Desempenho Emocional, no Domínio Físico e Transição de Saúde. O teste de Bonferroni identifica os indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar cirurgia (G1) como tendo pior qualidade de vida ao nível do Funcionamento Físico, Saúde Geral, Vitalidade, Desempenho Emocional, no Domínio Físico e Transição de Saúde relativamente aos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há mais de seis meses (G3).

O cálculo dos testes One-Way ANOVA e post-hoc Bonferroni constataram a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos G2 e G3.

Quadro 11: Análise descritiva de IMC e qualidade de vida nos grupos G1, G2 e G3, e resultados dos testes One-Way ANOVA e Post-Hoc Bonferroni. Comparação visual com os valores normativos da população portuguesa (independentemente do sexo)

		<i>Post-Hoc Bonferroni</i>		Indivíduos com Diagnóstico de Obesidade	Indivíduos Submetidos a Tratamento Cirúrgico		Comparação com Normas (<i>n</i> =1434) (Pais-Ribeiro, 2005)	
		<i>F</i>	<i>p</i>	G1 (<i>n</i> =133)	6 ou Menos Meses Após G2 (<i>n</i> =17)	Mais de 6 Meses Após G3 (<i>n</i> =47)		
IMC		G1>G3; G2>G3	21,891	0,0001	44,42 (8,33)	40,22 (4,63)	34,10 (9,99)	
SF-36	Funcionamento Físico	G1<G3	9,816	0,0001	54,20 (27,99)	69,66 (22,87)	75,22 (24,97)	80,87 (26,20)
	Desempenho Físico		2,686	0,071	56,20 (42,39)	72,05 (35,22)	71,66 (37,91)	76,61 (35,89)
	Dor Corporal		2,290	0,104	45,99 (32,22)	53,83 (37,63)	58,91 (36,47)	71,25 (25,69)
	Saúde Geral	G1<G2; G1<G3	6,951	0,001	47,54 (20,93)	63,16 (24,33)	59,42 (25,37)	63,72 (21,43)
	Vitalidade	G1<G2; G1<G3	5,974	0,003	39,22 (24,74)	57,35 (20,85)	50,00 (22,68)	58,76 (20,75)
	Funcionamento Social		0,313	0,732	68,04 (31,32)	71,52 (31,15)	72,07 (28,69)	74,25 (24,49)
	Desempenho Emocional	G1<G3	4,130	0,018	54,61 (46,77)	64,70 (43,25)	77,53 (39,16)	69,84 (38,1)
	Saúde Mental		0,811	0,446	49,53 (24,42)	57,88 (20,20)	49,90 (25,48)	66,21 (20,53)
	Domínio Físico	G1<G3	6,981	0,001	50,83 (23,75)	64,70 (24,71)	66,59 (25,28)	
	Domínio Mental		2,427	0,091	53,12 (25,70)	63,18 (23,02)	62,04 (23,01)	
	Transição de Saúde	G1<G2; G1<G3	20,854	0,0001	3,11 (1,09)	2,18 (1,24)	1,96 (1,08)	

6.8. Comparação da qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de obesidade submetidos a tratamento cirúrgico com os valores normativos da população portuguesa.

Quando comparados com as normas gerais da população portuguesa (normas gerais, independentemente do sexo) (Pais-Ribeiro, 2005) observa-se que os resultados da qualidade de vida dos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade se aproximam dos valores normativos (ainda que permaneçam inferiores a estes) e até mesmo superam estes resultados ao nível do Desempenho Emocional nos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há mais de seis meses (quadro 11).

6.9. Comparação dos sintomas de depressão e ansiedade dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico.

O quadro 12 mostra os resultados médios dos sintomas de depressão e ansiedade da HADS nos três grupos de participantes: indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico (G1), e indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há 6 ou menos meses (G2) e há mais de 6 meses (G3).

Quando comparados os resultados médios dos indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico, observa-se uma média inferior nos resultados dos sintomas de depressão no G2 e G3.

Quando comparados os resultados médios dos indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico, observam-se resultados médios dos sintomas de ansiedade inferiores nos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há 6 ou menos meses e há mais de 6 meses.

Como podemos observar no quadro 12, pelo One-way ANOVA e teste post-hoc Bonferroni, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita aos sintomas de depressão. O cálculo do teste One-Way ANOVA e o teste post-hoc Bonferroni permitiram constatar a existência de diferenças estatisticamente

significativas entre os grupos G1 e G2 e entre o grupo G1 e G3, mas não entre G2 e G3. O teste de Bonferroni identifica os indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar cirurgia (G1) como tendo resultados superiores nos sintomas de depressão relativamente aos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há 6 ou menos meses (G2) e relativamente aos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há mais de seis meses (G3). O cálculo dos destes testes permitiu verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos G2 e G3.

O cálculo do teste One-Way ANOVA e do post-hoc Bonferroni revela a não existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível dos sintomas de ansiedade entre os três grupos.

Quadro 12: Análise descritiva dos sintomas de depressão e ansiedade, nos três grupos G1, G2 e G3 e resultados dos testes One-Way ANOVA e Post-Hoc Bonferroni

	<i>Post-Hoc Bonferroni</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Indivíduos com	Indivíduos Submetidos a	
				Diagnóstico de	Tratamento Cirúrgico	
				Obesidade	6 ou Menos	Mais de 6
				G1 (n =133)	G2 (n =18)	G3 (n =50)
IMC	G1>G3; G2>G3	21,891	0,0001	44,42 (8,33)	40,22 (4,63)	34,10 (9,99)
HADS						
Depressão	G1>G2; G1>G3	7,395	0,001	7,10 (4,39)	3,95 (5,28)	4,46 (4,05)
Ansiedade		1,665	0,192	10,45 (4,7)	8,33 (4,46)	9,66 (4,88)

CAPÍTULO VII: DISCUSSÃO

No presente estudo investigamos a qualidade de vida, os sintomas de depressão e ansiedade nos indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico. Posteriormente comparamos estes resultados com dois grupos de indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade, em dois períodos de tempo pós cirúrgico diferentes: há seis ou menos meses após a cirurgia e há mais de seis meses após a cirurgia.

7.1. Qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade.

Os resultados do presente estudo revelam que os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam uma pobre qualidade de vida, indicada por resultados significativamente baixos em todas as dimensões da qualidade de vida do SF-36, reflectindo-se quer no domínio físico, quer no domínio mental. Por sua vez, a análise dos resultados sugere ainda que os indivíduos com diagnóstico de obesidade percebem que o estado de saúde geral se deteriorou no último ano.

Os resultados deste estudo são consistentes com estudos anteriores em que também foi utilizado o SF-36, que sugerem prejuízos na qualidade de vida nos indivíduos com obesidade (Barofsky et al., 1997; Fine et al., 1999; Fontaine et al., 2000; Fontaine et al., 1996).

Os resultados deste estudo são também consistentes com estudos anteriores que revelaram uma menor qualidade de vida em doentes candidatos a tratamento cirúrgico (Choban et al., 1999; Dixon et al., 2003; Choban et al., 1999; Dixon et al., 2003; Dymek et al., 2002; Fabricatore et al., 2005; Gemert et al., 1998; Karlsson et al., 1998; Mathus-Vliegen et al., 2004; Mathus-Vliegen, & Wit, 2007; Van Hout, 2009).

Apesar das diferenças nos métodos e procedimentos de avaliação adoptados, estas descobertas reforçam a literatura, que sugere que a obesidade está associada com prejuízos na qualidade de vida (Ford et al., 2001; Hassan et al., 2003; Heo et al., 2003; Jia, & Lubetkin, 2005; Kolotkin et al., 2002; Stewart, & Brook, 1983; Sullivan et al., 1993).

7.2. Comparação da qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos da população em geral.

Quando comparados com as normas da população geral portuguesa (Pais-Ribeiro, 2005), observa-se que os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam pior qualidade de vida em todas as dimensões da qualidade de vida do SF-36.

Por sua vez, a análise dos resultados obtidos permitiu verificar uma elevada percentagem de indivíduos com diagnóstico de obesidade com valores inferiores às normas, nomeadamente ao nível do Funcionamento Físico, Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade.

Estes resultados são também consistentes com estudos que descobriram que os indivíduos com diagnóstico de obesidade candidatos a tratamento cirúrgico apresentam resultados significativamente mais baixos do que a população geral na maioria das oito dimensões da qualidade de vida do SF-36 (Choban et al., 1999; Fontaine et al., 1996).

7.3. Associações entre qualidade de vida e IMC.

A análise dos resultados obtidos no presente estudo permite observar a existência de diferenças significativas na qualidade de vida dos indivíduos com diferentes classes de obesidade, nomeadamente ao nível do Funcionamento Físico, Dor Corporal, Vitalidade, Domínio Físico e Transição de Saúde.

Em relação ao Funcionamento Físico, observa-se que os indivíduos com uma mais grave classe de obesidade apresentam o pior funcionamento físico. O mesmo pode ser observado no item de Transição de Saúde, no qual os indivíduos com a classe mais grave de obesidade apresentam mais frequentemente a percepção de que o estado de saúde geral se deteriorou no último ano.

Contudo, em relação à Dor Corporal, Vitalidade e Domínio Físico observa-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com diferentes classes de

obesidade, sendo os indivíduos com Obesidade Classe II que apresentam uma melhor qualidade de vida, quando comparados com indivíduos com Obesidade Classe I e Classe III. Podemos ainda observar que quanto à Dor Corporal e Domínio Físico, os indivíduos com Obesidade Classe I apresentam piores resultados do que os indivíduos com Obesidade Classe III.

Os resultados obtidos permitem verificar que não existem de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre indivíduos com diferentes classes de obesidade ao nível do Desempenho Físico, Saúde Geral, Funcionamento Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental e Domínio Mental.

Para uma melhor compreensão destes resultados colocou-se a hipótese da existência de diferenças nas características demográficas entre os indivíduos com diferentes classes de obesidade, concluindo-se que estes resultados não são explicados por diferenças de sexo, idade, profissão/ocupação ou estado civil. Contudo, salientamos que este estudo não contempla a avaliação do tempo de diagnóstico de obesidade nestes indivíduos, comorbilidades e tentativas anteriores para perder peso, factos que podem ser colocados como possíveis explicações.

Posto isto, estes resultados sugerem que a existência de diferenças na qualidade de indivíduos com diferentes classes de obesidade, e salienta a necessidade de uma cuidada medição da qualidade de vida dos indivíduos com diferentes classes de obesidade a fim de proporcionar um cuidado compreensivo e integrativo.

Estes resultados não confirmam a literatura que sugere que a percepção da qualidade de vida tende a variar directamente com a gravidade da obesidade, na qual um maior IMC está associado com menor qualidade de vida (Fine et al., 1999; Fontaine, & Barofsky, 2001; Fontaine et al., 1996; Kolotkin et al., 2001). Estes resultados por sua vez reforçam a literatura que sugere um maior foco de atenção a outras categorias de IMC, como a obesidade moderada, dada a menor qualidade de vida (Jia, & Lubetkin, 2005). Embora sejam os indivíduos com obesidade grave que apresentaram a pior qualidade de vida, contudo, os indivíduos com obesidade moderada podem representar um maior problema de saúde pública, dada a elevada prevalência (Jia & Lubetkin, 2005). Por outro lado, em comparação com as pessoas com obesidade grave, as pessoas

com obesidade moderada têm uma menor probabilidade de procurar tratamento para a obesidade ou condições relacionadas com a obesidade (Sciamanna et al., 2000).

É possível que, mais do que o excesso de peso objectivamente apresentado pelo indivíduo, seja a forma como este o vive subjectivamente que afecta a sua qualidade de vida.

7.4. Sintomas de depressão e ansiedade nos indivíduos com diagnóstico de obesidade.

No presente estudo, a análise dos resultados permite observar que os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam sintomas de depressão e de ansiedade, ultrapassando o limite considerado “normal”, e, sugerem que a obesidade pode ter implicações no actual funcionamento psicológico.

A análise dos resultados obtidos permitiu verificar, ainda, a existência de ansiedade em 71,5% dos indivíduos com diagnóstico de obesidade, e de depressão em 38,5%. Por sua vez, verifica-se a existência de comorbilidade em 33,8% dos indivíduos com diagnóstico de obesidade, apresentando ansiedade e depressão.

Indivíduos com obesidade que procuram tratamento tem elevados níveis de psicopatologia, relativamente a indivíduos que não procuram tratamento (Alciati et al., 2007; Linde et al., 2004; McElroy et al., 2004; Wadden et al., 2006), mas poucos procuraram tratamento psiquiátrico (Ravaldi et al., 2005). Por sua vez, a prevalência de excesso de peso e obesidade são elevados nos indivíduos que procuram tratamento para perturbações psiquiátricas, particularmente perturbações de humor (Fagiolini et al., 2005; Jones, & Carney, 2006; McElroy et al., 2004).

Estudos transversais e longitudinais realizados na população geral descobriram que a obesidade aumenta significativamente o risco de depressão (Barry et al., 2008; Dong et al., 2004; Mather et al., 2009; Onyike et al., 2003; Roberts et al., 2000; Roberts et al., 2002; Roberts et al., 2003; Scott et al., 2008; Simon et al., 2006; Strine et al.,

2008) e ansiedade (Barry et al., 2008; Becker et al., 2001; Jorm et al., 2003; Mather et al., 2009; Scott et al., 2008; Simon et al., 2006; Strine et al., 2008).

Estudos de populações que procuram tratamento para a perda de peso sugerem também que os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam elevados sintomas de depressão (Dixon et al., 2003; Dymek et al., 2001; Dymek et al., 2002; Gemet et al., 1998; Karlsson et al., 1998; Kincey et al., 1996; Wadden et al., 2006) e de ansiedade (Karlsson et al., 1998; Kincey et al., 1996; Rosik, 2005).

A partir da revisão da literatura verificamos que a obesidade está associada com as perturbações de humor e de ansiedade em ambos os sexos, mas sugere também, que o sexo feminino constitui um factor de risco para a depressão e ansiedade entre os indivíduos com obesidade (Barry et al., 2008; Carpenter et al., 2000; Faith et al., 2002; Friedman & Brownell, 1995; Istvan et al., 1992; Markowitz et al., 2008; Mather et al., 2009; Noppa, & Hallstrom, 1981; Stunkard et al., 2003).

Outros estudos documentaram uma associação inversa entre a obesidade e a depressão (Carpenter, Hasin, & Allison, 2000; Crisp, & McGuiness, 1976; Crisp et al., 1980; Palinkas et al., 1996), e ansiedade (Crisp & McGuiness, 1976; Stewart & Brook, 1983), sugerindo a hipótese conhecida como “*Jolly Fat*”, que originalmente afirmava que a obesidade e os hábitos alimentares das pessoas com obesidade podem proteger os adultos da experiência de ansiedade, depressão e disforia (Crisp, & McGuiness, 1976), o que não se verificou no presente estudo.

Apesar das diferenças nos métodos e procedimentos de avaliação adoptados, os resultados deste estudo são consistentes com estudos anteriores que sugerem uma associação entre a obesidade e a depressão (Barry et al., 2008; Dixon et al., 2003; Dong et al., 2004; Dymek et al., 2001; Dymek et al., 2002; Gemet et al., 1998; Karlsson et al., 1998; Kincey et al., 1996; Mather et al., 2009; Onyike et al., 2003; Roberts et al., 2000; Roberts et al., 2002; Roberts et al., 2003; Scott et al., 2008; Simon et al., 2006; Strine et al., 2008) e a ansiedade (Barry et al., 2008; Becker et al., 2001; Mather et al., 2009; Jorm et al., 2003; Karlsson et al., 1998; Kincey et al., 1996; Rosik, 2005; Scott et al., 2008; Simon et al., 2006; Strine et al., 2008; Sullivan et al., 1993).

Os resultados deste estudo são também consistentes com estudos anteriores que revelaram significativa psicopatologia em doentes candidatos a cirurgia bariátrica (Rosik, 2005; Sarwer et al., 2004; Wadden et al., 2006), com maior prevalência de sintomatologia ansiosa (Rosik, 2005) e destacam a importância da inclusão das perturbações de ansiedade em qualquer avaliação psiquiátrica destes indivíduos, uma sugestão também indicada por Rosik (2005) e Sarwer et al. (2004).

Os resultados deste estudo são também consistentes com o estudo de Scott et al. (2008) realizado na população geral que revelaram uma associação mais forte entre as perturbações de ansiedade e obesidade, do que entre as perturbações de humor e a obesidade. Também Barry et al. (2008), Mather et al. (2009) e Scott et al. (2008) salientaram a importância da inclusão das perturbações de ansiedade no estudo dos indivíduos com obesidade.

A existência de comorbilidade tem sido documentada em vários estudos (Rosik, 2005, Kessler et al., 2005). Kessler et al. (2005) afirmam que depressão e ansiedade são muitas vezes perturbações comórbidas, estando a gravidade relacionada com a comorbilidade.

Rosik (2005) e Scott et al. (2008) sugerem que a prevalência global de perturbações de ansiedade pode ser uma preocupação maior nesta população do que a depressão.

7.5. Relação entre a qualidade de vida e os sintomas de ansiedade e depressão nos indivíduos com diagnóstico de obesidade.

Os resultados do presente estudo sugerem que os sintomas de depressão e de ansiedade estão negativa e significativamente correlacionados com todas dimensões e domínios da qualidade de vida do SF-36, e apontam no sentido de que quanto maior a existência de sintomas de depressão e ansiedade, pior parece ser a qualidade de vida dos indivíduos. Para além disso, quanto maior a presença de sintomas de depressão e de

ansiedade, maior parece ser a percepção dos indivíduos de que o seu estado de saúde geral se deteriorou no último ano.

Uma percepção de saúde como pobre pode contribuir para a depressão através de mecanismos cognitivos naqueles indivíduos que acreditam que a sua saúde seja pobre e pode também conter outras crenças depressivas relacionadas (Markowitz et al., 2008). Por outro lado, pode contribuir para a ansiedade, uma vez que promove preocupações relacionadas com o estado de saúde, e medos relacionados com o risco associado à condição de saúde. Estas crenças podem ser fortes e estáveis, similarmente aos esquemas da teoria cognitiva de Beck (1967, 1983), e sendo facilmente activadas e globalizadas, tornando-as especialmente depressivas ou ansiosas.

Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores que descobriram que a qualidade de vida está directamente relacionada com os sintomas de depressão (Dixon et al., 2003; Fabricatore, Wadden, Sarwer, & Faith, 2005).

7.6. Comparação da qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico.

Comparados com indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico, observa-se que os indivíduos submetidos a cirurgia de obesidade revelam uma melhor qualidade de vida, assim como acreditam que a saúde geral é melhor agora do que há um ano. Verificamos que o tratamento cirúrgico da obesidade tem um impacto profundamente positivo na percepção que os indivíduos têm do seu estado de saúde.

Quando comparados com indivíduos com diagnóstico de obesidade (G1), verificamos que os indivíduos submetidos a cirurgia há seis meses ou menos (G2) diferem de forma estatisticamente significativa ao nível da qualidade de vida na Saúde Geral, Vitalidade e Transição de Saúde. Embora a diferença de IMC entre estes dois grupos não seja estatisticamente significativa, os indivíduos submetidos a cirurgia há seis meses ou menos (G2) tinham um IMC médio de 46 antes da cirurgia. Notamos que,

ambos os grupos de indivíduos submetidos a cirurgia (G2 e G3) apresentavam um IMC médio de 47 antes do tratamento cirúrgico.

Os indivíduos submetidos a cirurgia há seis meses ou menos (G2) revelam diferenças na qualidade de vida, mesmo quando o peso, apesar de diminuir, ainda permaneça elevado. Estes indivíduos têm uma percepção positiva da sua saúde geral, sentem mais energia e menor fadiga, e percebem que a sua saúde geral é melhor no momento do que no ano anterior. Tal pode dever-se ao facto de os indivíduos assumirem um papel activo para mudar a sua vida através da cirurgia para a perda de peso, o que se pode traduzir num reforço da motivação para fazer modificações de estilo de vida (por exemplo, comer alimentos mais saudáveis, tornarem-se fisicamente mais activos) ao serviço da saúde, e não do peso corporal por si só.

Constatou-se, ainda, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico (G1) e aos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há mais de seis meses (G3). Verificamos que os indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há mais de seis meses (G3) apresentam melhor qualidade de vida ao nível do Funcionamento Físico, Saúde Geral, Vitalidade, Desempenho Emocional, no Domínio Físico e Transição de Saúde, do que os indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico (G1).

A análise dos resultados constatou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico há seis ou menos meses (G2) e há mais de seis meses (G3).

A análise dos resultados permite verificar que existem diferenças significativas de IMC entre os grupos. Os indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade há seis ou menos meses (G2) e há mais de seis meses (G3) apresentam um menor IMC, o que sugere que a melhor qualidade de vida apresentada por estes indivíduos pode estar relacionada com um menor IMC. Estas descobertas são importantes uma vez que, esta diferença nos resultados, para além de ser estatisticamente significativa, pode representar uma diferença clinicamente significativa no funcionamento dos indivíduos.

Apesar das diferenças óbvias nos métodos e procedimentos de avaliação adotados, e claras discrepâncias nos períodos de follow-up, as nossas descobertas estão em consonância com os resultados de estudos anteriores que reflectem melhorias na qualidade de vida após a perda de peso (Choban et al., 1999; Dixon et al., 2003; Dymek et al., 2002; Gemert et al., 1998; Karlsson et al., 1998; Mathus-Vliegen et al., 2004; Mathus-Vliegen, & Wit, 2007; Van Hout, 2009).

Estes resultados estão também em conformidade com estudos anteriores, que evidenciam melhorias na qualidade de vida após pequenas a moderadas perdas de peso (Fine et al., 1999; Fontaine et al., 1999; Rippe et al., 1998). Estes resultados estão também em conformidade com estudos anteriores, que demonstram alterações na qualidade de vida que ocorrem imediatamente após a cirurgia, antes de ocorrerem mudanças dramáticas de IMC (Dymek et al., 2001; Dymek et al., 2002). Estes resultados evidenciam melhorias significativas na qualidade de vida após uma pequena a moderada perda de peso, e estão em consonância com a indicação de que uma perda de peso de 10-15% provavelmente permite alcançar a maioria dos benefícios de saúde associados com a perda de peso (Fontaine et al., 2001).

7.7. Comparação da qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de obesidade submetidos a tratamento cirúrgico com os valores normativos da população portuguesa.

Quando comparados com as normas gerais da população portuguesa (normas gerais de um grupo não doente ou saudável, independentemente do sexo) (Pais-Ribeiro, 2005) observa-se que a qualidade de vida dos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade se aproxima dos valores normativos e até mesmo superam estes valores ao nível do desempenho emocional no grupo de indivíduos operados há mais de seis meses.

Como o peso corporal geralmente é adquirido de forma lenta e insidiosa, muitos indivíduos com obesidade não estão conscientes do impacto que o seu peso tem tido em dimensões importantes, tais como a percepção de saúde, funcionamento físico e social,

nível de energia, ou desempenho emocional, até que ocorram alterações no peso corporal que permitam uma particular atenção e valorização.

Estes resultados estão em congruência com estudos anteriores que evidenciam resultados na qualidade de vida dos indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade similares aos da população em geral, ou mesmo significativamente melhores (Choban et al., 1999).

7.8. Comparação dos sintomas de depressão e ansiedade dos indivíduos com diagnóstico de obesidade com indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico.

Os resultados do presente estudo sugerem que os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam elevados sintomas de depressão, quando comparados com os indivíduos submetidos a cirurgia de obesidade.

Quando comparados com indivíduos com diagnóstico de obesidade (G1), verifica-se que os indivíduos submetidos a cirurgia há 6 ou menos meses (G2) apresentam significativamente menos sintomas de depressão. Notamos que este estudo não avaliou os participantes submetidos a cirurgia antes desta ocorrer.

A análise dos resultados permite verificar que existem diferenças significativas de IMC entre os indivíduos submetidos a cirurgia há seis ou menos meses (G2) e há mais de seis meses (G3), mas não existem diferenças significativas nos sintomas de depressão, sendo que os resultados destes grupos se encontram dentro dos valores considerados normais.

Dymek et al. (2001) sugerem que tal pode dever-se ao facto de entre os principais factores primários que causam a depressão nos indivíduos a aguardar cirurgia, se encontrem o peso e limitações relacionadas com este. Dymek et al. (2001) constataram que, quando os doentes assumem um papel activo para mudar a sua vida através da cirurgia para a perda de peso, a depressão e os problemas associados mostram uma diminuição acentuada, mesmo quando o peso, apesar de diminuir, ainda permanece elevado.

Numa revisão da literatura, Wing et al. (1984) sugeriram que melhorias no humor (descobertas em 6 de 10 estudos) estavam relacionadas com a participação activa no tratamento. A investigação sugere que a participação em tratamentos de perda de peso melhora os sintomas de depressão, mas esta relação pode não estar relacionada com a perda de peso *per se*. Markowitz et al. (2008) sugerem que outros componentes de tratamento não específicos possam ser os ingredientes “activos”, destacando os factores terapêuticos comuns nos grupos em tratamento comportamental de controlo de peso, tais como apoio social, gestão de stress, evitar o pensamento de tudo-ou-nada e exercício físico.

Os resultados do presente estudo sugerem que os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam elevados sintomas de ansiedade, e quando comparados com os indivíduos submetidos a cirurgia para o tratamento da obesidade, apenas se verifica uma diferença ténue entre os grupos, estatisticamente não significativa.

Quando comparados com indivíduos com diagnóstico de obesidade (G1), verifica-se que os indivíduos submetidos a cirurgia há seis ou menos meses (G2) e há mais de 6 meses (G3) apresentam menos sintomas de ansiedade, mas não se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre estes grupos.

Uma explicação que parece ser plausível para estes resultados elevados nos sintomas de ansiedade presentes nos indivíduos submetidos a cirurgia seria a sugestão de Dymek et al. (2002) de que, os indivíduos candidatos a cirurgia para o tratamento da obesidade, tenham tido obesidade grande parte da sua vida, e se tenham adaptado psicologicamente às numerosas consequências físicas, emocionais, e sociais, da obesidade. Os autores notam que, no seu estudo as melhorias na qualidade de vida e nos sintomas de depressão observadas após a cirurgia (os autores não estudaram especificamente os sintomas de ansiedade), tal como constatamos no presente estudo, constituem diferenças numa “*direcção positiva*”, e representam diferenças consideráveis no funcionamento que têm o potencial de produzir um stress significativo no indivíduo. Pode ser de certa forma um desafio para os indivíduos acostumarem-se a estas mudanças após a cirurgia (Dymek et al., 2002). Neste sentido sugerimos a hipótese de que a prevalência de elevados sintomas de ansiedade após a cirurgia, possa ser explicada por factores envolvidos na adaptação destes indivíduos a mudanças no

funcionamento físico, mental e social, resultantes de factores relacionados com a perda de peso subsequente à cirurgia.

Assim, se nos focarmos nos grupos de sintomas únicos na ansiedade, nomeadamente os sintomas somáticos de tensão e estimulação (Clark, & Watson, 1991), e sublinhando a ansiedade como fenómeno psicológico que representa um dos mecanismos de adaptação do organismo às circunstâncias de stress e de tensão (Fonseca, 1978), esta parece ser uma explicação plausível.

Deste modo, destacamos a sugestão de Dymek et al. (2002) de que, a equipa de cirurgia deve comunicar a probabilidade de mudanças tão significativas em muitas áreas da vida após a cirurgia, para que os indivíduos se possam preparar adequadamente.

Por outro lado, salientamos a hipótese de que estes sintomas de ansiedade possam constituir uma evidência da personalidade destes indivíduos, em que o estado de ansiedade se organiza e cristaliza numa espécie de *estrutura* ou *maneira de ser permanente*, dando lugar à formação e organização de *personalidades psicopáticas do tipo ansioso* (Fonseca, 1978). Por oposição à ansiedade-estado, que é uma emoção transitória em resposta a uma situação específica, a ansiedade-traço representa uma disposição de base da personalidade com determinismo genético (Besche-Richard, & Bungener, 2008).

Por sua vez, Wadden et al. (2006) verificaram que as mulheres com obesidade classe III que procuram tratamento cirúrgico revelavam significativamente mais sintomas de depressão, mais histórias de complicações psiquiátricas (incluindo abuso físico e sexual) e maior stress relacionado com a saúde física e problemas financeiros/legais, do que as mulheres com obesidade classe I ou II. Jorm et al. (2003) sugerem que talvez a obesidade não seja o factor determinante, mas os problemas associados com a obesidade (problemas de saúde física, falta de actividade física, pobre apoio social, menor nível educacional e problemas financeiros) sejam realmente os factores que contribuem para a ansiedade. Jorm et al. (2003) afirmam que seja improvável que a redução da obesidade na população tenha qualquer efeito directo sobre a saúde mental ou bem-estar emocional. Jorm et al. (2003) concluíram que, perder peso vai ajudar as pessoas a tornarem-se mais saudáveis, mas não irá necessariamente

torná-las mais felizes. De uma forma indirecta, a perda de peso pode ajudar a reduzir a ansiedade, melhorando a saúde e outras preocupações associadas à obesidade, e relacionadas com elevados níveis de ansiedade.

O interesse pela cirurgia bariátrica continua a crescer, com o crescente número de indivíduos que procuram tratamento cirúrgico para a obesidade. Dado o aumento deste procedimento, é imperativo que se desenvolva pesquisa empírica para vários aspectos da cirurgia (Rosik, 2005).

Uma elevada prevalência de perturbações psicológicas foi revelada em indivíduos com obesidade extrema que procuram a cirurgia bariátrica (Glinski, Wetzler, & Goodman, 2001; Hsu et al., 1998; Wadden et al., 2006). Vários estudos documentaram elevados níveis de depressão nestes indivíduos (Guisado, & Vaz, 2003; Saltzman, & Gutman, 1980; Van Gemert et al., 1998; Wadden et al., 2006; Waters et al., 1991). Numa revisão da literatura Wadden et al. (2001) descobriram que 19,3-28,2% dos doentes bariátricos tinham uma história de vida de perturbação depressiva major. Além disso, o suicídio parece ser a principal causa de morte após a cirurgia bariátrica, uma revelação que reforça a necessidade de detectar doentes significativamente deprimidos (Hsu et al., 1998; Wadden et al., 2001)

Um número limitado de estudos examinaram a sintomatologia ansiosa. Estes estudos documentaram níveis clinicamente significativos de ansiedade, fobia e perturbação obsessivo-compulsiva (Rosik, 2005; Karlsson et al., 1998; Kincey et al., 1996; Saltzman, & Gutmann, 1980; Tsushima et al., 2004; Waters et al., 1991).

A escassez de investigação nas variáveis psicológicas sugere que estes resultados devem ser interpretados com precaução, e podem ajudar a explicar resultados confusos sobre os resultados psicossociais da cirurgia (Choban et al., 1999).

Vários estudos apontam uma redução nos sintomas psiquiátricos após a cirurgia bariátrica, embora a duração destas avaliações de follow-up seja usualmente limitada (Choban et al., 1999; Kalarchian et al., 1998; Temple et al., 1995). Decréscimos na depressão e ansiedade após a cirurgia para tratamento da obesidade têm sido comumente documentados desde os primeiros estudos de Solow et al. (1974) e Solow

(1977). Desde estes primeiros estudos, têm havido relatórios consistentes de decréscimos na ansiedade e na depressão pós-cirurgia (Dixon et al., 2003; Dymek et al., 2001; Dymek et al., 2002; Gemet et al., 1998; Rosik, 2005; Karlsson et al., 1998; Kincey, Neve, Soulsby, & Taylor, 1996). Numa revisão de 40 estudos, Herperts et al. (2003) revelaram que os sintomas psicopatológicos diminuíram no pós-operatório para a maioria dos doentes.

Em contrapartida, outros estudos indicaram que a melhoria do estado de saúde mental dos indivíduos pode diminuir e até mesmo voltar ao seu nível pré-operatório quando avaliado em dois anos de follow-up (Hsu, Sullivan, & Benotti, 1997; Waters et al., 1991).

Na revisão da literatura Wadden et al. (2001) observaram que o funcionamento psicossocial pode reverter aos níveis iniciais ao longo do tempo, mesmo que os indivíduos mantivessem a redução do peso corporal. Estes autores concluíram que a cirurgia bariátrica não deve ser considerada uma panaceia para as dificuldades psicossociais dos doentes. De facto, estudos têm sugerido uma falta de associação entre os resultados da cirurgia e factores psicossociais, tais como a depressão (Dymek et al., 2001; Hsu et al., 1998; Powers, 1997; Schrader et al., 1990).

Os resultados do presente estudo estão em consonância com estudos anteriores que documentaram melhorias nos sintomas de depressão após uma significativa perda de peso após a cirurgia (Dixon et al., 2003; Dymek et al., 2001; Gemet et al., 1998; Karlsson et al., 1998; Rosik, 2005).

Por sua vez, os resultados do presente estudo estão em consonância com estudos anteriores nos quais os sintomas de ansiedade permaneceram elevados com a ocorrência de perda de peso significativa após a cirurgia (Burgmer et al. 2007), e que sugerem que a ansiedade não está directamente relacionada com o peso corporal (Jorm et al., 2003).

7.9. De notar

Estas descobertas precisam ser interpretadas tendo em consideração as limitações do estudo. Primeiramente, salientamos o facto de que os indivíduos desta amostra procuravam um tratamento cirúrgico para o problema da obesidade, podendo à partida, apresentar maior *distress* físico, mental ou psicossocial. Do mesmo modo, os doentes responderam aos questionários no contexto de procura de tratamento para a obesidade, podendo os problemas relacionados com esta condição terem sido sobre-representados nas suas respostas. Deste modo, a amostra não é representativa da população geral pelo que os resultados deste estudo não podem ser generalizados à população geral.

Em adição a uma possível limitada generalização dos nossos resultados devido ao relativo pequeno número de participantes masculinos, técnicas cirúrgicas particulares, os critérios de selecção utilizados, uma outra possível limitação pode ser a utilização de um único instrumento genérico de qualidade de vida, o SF-36.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSÃO

A obesidade é um problema de saúde pública. Não só a obesidade é um factor de risco para uma variedade de potenciais doenças, como também podemos observar através dos resultados do presente estudo que tem um impacto devastador na qualidade de vida. Como salientam Fontaine et al. (2001), o efeito da obesidade na saúde pública vai muito além das suas consequências médicas, produzindo decréscimos no estado funcional e no bem-estar subjectivo que, para muitas pessoas, pode ser de maior relevância do que as comorbilidades médicas associadas com a obesidade.

Os resultados do presente estudo permitem ainda observar que os indivíduos com diagnóstico de obesidade a aguardar tratamento cirúrgico apresentam resultados inferiores aos indivíduos da população geral em todas as dimensões da qualidade de vida.

Concluimos que a medição da qualidade de vida fornece informação sobre o impacto da obesidade no funcionamento e no bem-estar dos indivíduos. Assim, os resultados deste estudo podem ser úteis para monitorizar o impacto desta condição de saúde e das suas consequências. Por sua vez, uma maior compreensão do impacto da obesidade tem o potencial de influenciar a qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos com obesidade. Por outro lado, ao desenhar o tratamento para a perda de peso e complicações relacionadas com a obesidade, os clínicos devem estar alerta para as incapacidades funcionais e prejuízos no bem-estar. Em adição, é útil para avaliar os efeitos do tratamento (incluindo o tratamento cirúrgico) e pode influenciar o desenvolvimento de procedimentos clínicos.

A avaliação da qualidade de vida permite aos clínicos e investigadores uma melhor compreensão do impacto biopsicossocial do excesso de peso corporal. Uma tal compreensão tem o potencial de influenciar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes com obesidade. Fontaine et al. (2001) sugerem que discutir os resultados de uma avaliação da qualidade de vida com um doente com obesidade pode estimular uma conversa que incida explicitamente sobre o impacto que o seu peso corporal tem tido na forma como vive a sua vida. Uma vez que o peso corporal é geralmente adquirido lentamente, e insidiosamente, muitos indivíduos com obesidade não estão conscientes

do impacto que o seu peso tem tido sobre importantes dimensões (como a percepção de saúde, nível de energia) até que lhe seja dada uma atenção específica. Examinar o impacto do peso corporal sobre estas dimensões permitirá aos clínicos personalizar os potenciais benefícios que podem ser conferidos como resultado da perda de peso nos indivíduos com obesidade (Fontaine et al., 2001).

Deste modo, Fontaine et al. (2001) sugerem que a utilização de avaliações da qualidade de vida pode ser valiosa para ajudar os indivíduos com obesidade a perceber que podem melhorar significativamente a sua qualidade de vida sem necessariamente chegar a algum peso ideal. Assim, a avaliação da qualidade de vida pode ajudar os indivíduos com obesidade a redefinir o sucesso para além do simples alcançar de um determinado peso. Considerar a qualidade de vida como um importante resultado muitas vezes traduz-se num reforço da motivação para fazer modificações no estilo de vida (tais como, comer alimentos mais saudáveis, tornar-se fisicamente mais activo) ao serviço da qualidade de vida e não o peso corporal *per se* (Fontaine et al., 2001).

Kolotkin et al. (2001) defendem que estas recomendações sobre incorporar as questões da qualidade de vida nas considerações dos tratamentos são consistentes com as recomendações do National Institute of Health, que sugerem o desenho do tratamento focado nas necessidades dos doentes (National Institute of Health, 2000).

A avaliação do estado de saúde tornou-se uma parte importante na identificação do impacto de uma estratégia de gestão e tende a ganhar cada vez mais interesse. Os profissionais de saúde devem continuar a investigação clínica destinada a melhorar o cuidado compreensivo e integrativo de indivíduos com diagnóstico de obesidade.

Dada a dificuldade associada com a perda de peso e a sua manutenção através da modificação do estilo de vida (Faith et al., 2000), torna-se necessário, de uma perspectiva de saúde pública, que sejam feitos esforços para desenvolver e implementar intervenções que abordem não só o peso, mas também melhorias na qualidade de vida (Fontaine et al., 2001). Tal é consistente com conceptualizações da obesidade como uma doença crónica (Stunkard, 1996) em que os seus problemas de saúde associados podem ser monitorizados e controlados, mesmo que nem sempre curados. Neste sentido, ao promover os benefícios físicos, emocionais e sociais de uma

pequena a moderada perda de peso, podemos ajudar os indivíduos com obesidade a sentirem-se bem sucedidos, e posteriormente mais satisfeitos com os resultados dos tratamentos (Fontaine & Bartlett, 1998).

Até agora, o tratamento cirúrgico tem sido o único método eficaz a obter uma sustentada redução de peso, melhorias ou cura de comorbilidades, e, como resultado, melhorias na qualidade de vida (Van Hout et al., 2006). Melhorias na qualidade de vida são o objectivo final do tratamento cirúrgico e uma das motivações mais comuns para a submissão a cirurgia (Foster et al., 2001). Melhor qualidade de vida, assim como satisfação com os resultados da operação, podem motivar os pacientes a aderir a um comportamento de saúde adequado de forma a manter a perda de peso estabelecida cirurgicamente e reduzir os riscos de comorbilidades (Van Hout et al., 2006). Assim, o sucesso decorrente da cirurgia deve não só reflectir perda de peso e melhorias ou cura de comorbilidades pré-existentes, mas também melhorias na qualidade de vida (Oria & Moorehead, 1998).

Em adição, a avaliação da qualidade de vida pode ser importante para identificar indivíduos que necessitem de intervenções específicas de modo a aumentar os benefícios da cirurgia (Callegari et al., 2005). As recomendações de tratamento podem incluir intervenções que visem as habilidades funcionais, tais como terapia física e psicológica, e reabilitação vocacional (Fabricatore et al., 2005).

Uma vez que os benefícios metabólicos da perda de peso estão bem reconhecidos, evidências na melhoria da qualidade de vida, pode adicionalmente motivar os políticos, os profissionais de saúde e os doentes a actuar perante o problema da obesidade, da perda de peso, e manutenção da perda de peso.

Enquanto que o problema da obesidade é claro numa perspectiva de saúde pública, tem sido menos claro quanto a saber se há também uma dimensão da saúde mental para a obesidade (Scott et al., 2008).

A obesidade, perturbações de humor e perturbações de ansiedade estão associadas com uma variedade de resultados negativos (National Institutes of Health,

1998; Brodaty et al., 2001; Kiloh et al., 1988; Schuurmans et al., 2005; Segal et al., 2003; Tyrer, 2004).

A constatação de que os indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam sintomas de depressão e de ansiedade sugere que a obesidade tem implicações no actual funcionamento psicológico. No geral, os resultados do presente estudo indicam que os clínicos devem considerar o rastreio de perturbações de humor e ansiedade aquando do desenho de intervenções de perda de peso, de modo a fornecer uma prestação de cuidados mais compreensiva.

Estes resultados sugerem que pode ser encontrada psicopatologia significativa em doentes candidatos a tratamento cirúrgico, e destacam a importância da inclusão das perturbações de ansiedade em qualquer avaliação psicológica destes indivíduos, uma sugestão que, aliás, também já havia sido indicada por Rosik (2005).

Por sua vez salientamos ainda que, as perturbações de ansiedade encontram-se entre as perturbações mentais mais frequentemente observadas, mas também fazem parte das que mais vezes se deixa escapar ou são mal diagnosticadas (Frances, & Ross, 2004), pelo que sugerimos que o clínico considere uma particular atenção às perturbações de ansiedade que a literatura indica como mais associadas com a obesidade, como a fobia social (Mather et al., 2009; Scott et al., 2008), fobia específica, perturbação pós-*stress* traumático (Scott et al., 2008), perturbação de pânico (Mather et al., 2009; Scott et al., 2008) e agorafobia (Mather et al., 2009; Scott et al., 2008).

Do mesmo modo, salientamos ainda que, o clínico considere uma particular atenção às perturbações de humor que a literatura indica como mais associadas com a obesidade, para além da perturbação depressiva major, como perturbação bipolar I e II e perturbação distímica (Barry et al., 2008; Simon et al., 2006).

Os indivíduos que procuram tratamento para a perda de peso, muitos tem probabilidade de preencher os critérios para perturbações de humor ou de ansiedade actual ou durante a vida (Alciati et al., 2007; Linde et al., 2004; McElroy et al., 2004; Ravaldi et al., 2005; Wadden et al., 2006), mas poucos procuraram tratamento psiquiátrico (Ravaldi et al., 2005).

Deste modo, os resultados deste estudo sugerem que, a investigação focada na relação entre a obesidade e as perturbações psíquicas, deve incluir as perturbações de ansiedade. Por outro lado, os resultados deste estudo sugerem que o papel que a ansiedade pode desempenhar na etiologia, e/ou manutenção da obesidade deve ser focado pelos investigadores e clínicos.

Os resultados do presente estudo salientam a importância de considerar o tratamento simultâneo quer da obesidade e da depressão, quer da obesidade e da ansiedade.

Especificamente, verificamos que a terapia comportamental é sugerida no tratamento da obesidade (NIH, NHLBI, NAASO, 2000; National Institutes of Health, 1998; National Institutes of Health, 2007), colocando em evidência a importância de individualizar as estratégias comportamentais para as necessidades do doente (NIH, NHLBI, NAASO, 2000). A terapia comportamental do tratamento da obesidade tem como objectivo fornecer métodos para superar obstáculos ao cumprimento da dieta e/ou aumento da actividade física, sendo estes métodos componentes importantes do tratamento da perda de peso (NIH, NHLBI, NAASO, 2000).

Um indivíduo com diagnóstico de obesidade que apresente perturbação de humor comórbida, ou perturbação de ansiedade comórbida, pode transportar uma carga psicológica que interfere com as suas capacidades de aderir a programas de dieta e exercício (Barry et al., 2008). Este facto leva-nos a propor que num indivíduo com diagnóstico de obesidade que apresente perturbação de humor comórbida, ou perturbação de ansiedade comórbida, a terapia comportamental deva atender às necessidades do doente e incluir o tratamento da depressão ou ansiedade.

Especificamente, sugerimos que o tratamento da obesidade e depressão ou da obesidade e ansiedade se sobrepõe em importantes formas. No tratamento de ambas as condições têm sido empregues estratégias como a utilização de terapias comportamentais. Contudo, dada a complexidade envolvida no tratamento da depressão e da ansiedade, sugerimos que sejam incluídas também estratégias cognitivas no tratamento. A terapia comportamental e a terapia cognitiva são eficazes no tratamento

de perturbações de humor (Beck et al., 1997) e de ansiedade (Deacon, & Abramowitz, 2004).

Por exemplo, o modelo cognitivo da depressão de Beck pode ser particularmente útil nos indivíduos com diagnóstico de obesidade que apresentem perturbação de humor comórbida, uma vez que a terapia utiliza uma variedade de estratégias cognitivas e comportamentais. As *técnicas comportamentais* são usadas com doentes mais gravemente deprimidos, não apenas para mudar o comportamento, mas também para extrair cognições associadas a comportamentos específicos (Beck et al., 1997). Visto que o paciente geralmente requer estas técnicas mais activas no início do tratamento, Beck et al. (Beck et al., 1997) apresentam as estratégias comportamentais antes da exposição das técnicas cognitivas. Deste modo, aquando do desenho destas intervenções, o clínico pode considerar as questões particulares de um doente com diagnóstico de obesidade e, por exemplo, atender à necessidade de aumento da actividade física. Por sua vez, estas técnicas são similares às técnicas de auto-monitorização sugeridas para a terapia comportamental do tratamento da obesidade (NIH, NHLBI, NAASO)

Na terapia comportamental do tratamento da obesidade também é sugerido que o clínico considere atitudes, crenças e histórias (NIH, NHLBI, NAASO, 2000). O diagnóstico da obesidade é raramente novo, ou novidade, para o doente. Com excepção dos doentes com um recente ganho de peso, os doentes trazem para o consultório uma história de lidar com um problema frustrante, perturbador, e visível. As pessoas com obesidade muitas vezes são alvos de desprezo e discriminação de estranhos e, por vezes, dolorosos comentários de anteriores profissionais de saúde (NIH, NHLBI, NAASO, 2000).

Neste sentido, consideramos que a terapia cognitiva de Beck pode ser particularmente útil em tratar ambas as condições de saúde (obesidade e depressão). Acerca da terapia, Beck et al. (1979, pag. 18) referem que há uma série de técnicas específicas que podem ser utilizadas para a terapia com estes doentes, mas não acreditam que a terapia “possa ser levada a cabo de modo eficaz sem o conhecimento da teoria”. Assim, a terapia deve ser conduzida no sentido de ensinar ao indivíduo como

lidar com problemas e situações anteriormente consideradas insuperáveis, através da reavaliação e correcção do seu pensamento.

Em última análise, o clínico ajuda o doente a pensar e agir de uma forma mais realista e adaptativa, reduzindo os sintomas de depressão.

Há vários tipos de técnicas que são usadas com diferentes objectivos que podemos considerar em três grupos: as técnicas cognitivas objectivam delinear e testar, especificamente, as falsas concepções e suposições mal-adaptativas do doente; as técnicas verbais são usadas para explorar a lógica subjacente e a base das cognições e suposições específicas sendo posteriormente discutidas e examinadas quanto à sua lógica, validade, adaptabilidade e ampliação de comportamentos positivos, em oposição à manutenção da patologia; e as técnicas comportamentais anteriormente referidas são designadas para ajudar o doente a testar determinadas cognições e pressuposições mal-adaptativas.

Por sua vez, nos indivíduos com diagnóstico de obesidade que apresentem perturbação de ansiedade comórbida, sugerimos que a abordagem cognitiva de Beck et al. (1985), pode ser particularmente útil. Beck et al. (1985) sugerem que será importante intervir ao nível da “causa” subjacente à ansiedade - a cognição -, isto é, pensamentos e imagens, sendo que uma compreensão mais completa deva levar em conta a situação total da vida (Beck et al., 1985).

Neste sentido, destacamos alguns exemplos de mecanismos causais propostos na associação entre a obesidade e a depressão e a obesidade e a ansiedade, que podem fornecer informação para o desenvolvimento e aplicação de técnicas terapêuticas.

Primeiramente, verificamos que os indivíduos com obesidade têm uma percepção da sua saúde como pobre, o que pode contribuir para a depressão através de mecanismos cognitivos naqueles indivíduos que acreditam que a sua saúde seja pobre e pode também conter outras crenças depressivas relacionadas (Markowitz et al., 2008). Por outro lado, pode contribuir para a ansiedade, uma vez que promove preocupações relacionadas com o estado de saúde, e medos relacionados com o risco associado à condição de saúde. Estas crenças podem ser fortes e estáveis, similarmente aos

esquemas da teoria cognitiva de Beck (1997), e sendo facilmente activadas e globalizadas, tornando-as especialmente depressivas ou ansiosas.

De acordo com a teoria cognitiva (Clarck, & Beck, 1999), esquemas estáveis (crenças incondicionais) produzem pensamentos negativos automáticos (acerca da sua forma, peso e aparência global) resultando em, ou exacerbando, sintomas de depressão (Hrabosky, & Thomas, 2008). Com base neste modelo cognitivo, indivíduos com obesidade que desenvolvem esquemas negativos particulares podem sofrer um maior risco de experimentar humor depressivo em resposta a acontecimentos activadores particulares (Hrabosky, & Thomas, 2008). Assim, será importante considerar no desenho de intervenções o facto de os indivíduos com obesidade poderem experimentar frequentes pensamentos automáticos negativos e crenças disfuncionais (e pensamentos automáticos positivos pouco frequentes), quer sejam relativamente à sua auto-eficácia ou aparência física, e que por este motivo estejam com um maior risco de desenvolver depressão ou psicopatologia geral.

Por sua vez, com base no modelo cognitivo será particularmente importante considerar ainda que, a presença de esquemas negativos, especialmente nas mulheres, no que respeita à própria aparência física, parece contribuir significativamente para o distress psicológico (Hrabosky, & Thomas, 2008; Markowitz et al., 2008), facto que deverá ser considerado aquando do desenho da intervenção. Este facto torna-se relevante uma vez que, as consequências sociais da obesidade, como o estigma, têm mostrado levar a um decréscimo do bem-estar mental (Myers & Rosen, 1999), o que pode desempenhar um importante papel no desenvolvimento de perturbações de ansiedade e de humor (Mather et al., 2009; Rosik, 2005; Simon et al., 2006). Nas perturbações de ansiedade será importante que o clínico atenda a que, o estigma associado à obesidade, especialmente nas mulheres, pode contribuir para a fobia social. As mulheres com excesso de peso e obesidade apresentam um risco aumentado de fobia social, e de medo de enfrentar situações sociais porque muito mais do que os homens, têm a expectativa de que vão ser negativamente avaliadas por causa do seu peso (Barry et al., 2008). Por sua vez, nos indivíduos com perturbações depressivas será importante atender a que, os constantes maus tratos são uma luta diária que pode afectar negativamente o humor ao longo do tempo, e uma ameaça ao auto-conceito, que podem, contribuir para a depressão (Puhl, & Brownell, 2003).

Apesar do foco no conteúdo específico no pensamento do indivíduo com obesidade, salientamos ainda que, é alternativamente plausível que o próprio processo seja de importância equivalente. Um estilo de resposta ruminativo, ou a tendência para focar repetidamente nas consequências do *distress* psicológico sem se comprometer em planejar ou resolver o problema, pode conferir o risco de perturbações psiquiátricas (Hrabosky, & Thomas, 2008). De facto, um coping ruminativo prediz prospectivamente não só o desenvolvimento de episódios depressivos, mas também o começo de sintomas de perturbações de ansiedade (Nolen-Hoeksema, 2000). Deste modo, salientamos que o desenvolvimento de um estilo de resposta ruminativo deve ser um factor a ser considerado pelo clínico uma vez que, os indivíduos com obesidade podem apresentar tendência a ruminar acerca da sua saúde ou aparência, em resposta a repetidas falhas na resolução de problemas (como a perda de peso) (Hrabosky, & Thomas, 2008).

Através destes processos podemos perceber a necessidade de considerar o tratamento simultâneo da obesidade e da depressão e/ou ansiedade, as características comuns no tratamento, e algumas questões que a intervenção comportamental e cognitiva pode especificamente focar.

Assim, destacamos a sugestão de Hrabosky e Thomas (2008) de que a investigação deve focar os processos que podem esclarecer a relação entre a obesidade e o *distress* psicológico geral, o que permitirá uma maior identificação dos potenciais sub-grupos de risco. Do mesmo modo, permitirá fornecer informação para o desenvolvimento e, conseqüentemente, a aplicação de técnicas terapêuticas.

Verificamos que as técnicas de gestão de stress são sugeridas no tratamento da obesidade (NIH, NHLBI, NAASO, 2000). A gestão de stress pode ser particularmente relevante no tratamento simultâneo da depressão e ansiedade e da perda de peso. Não só o stress tem sido indicado como uma possível causa de obesidade visceral (Drapeau, Therrien, Richard, & Tremblay, 2003; Ottoson et al., 2000), mas também os indivíduos que são incapazes de manter a perda de peso ao longo do tempo, muitas vezes citam o stress como uma razão para a sua recuperação (Munnelly & Feehan, 2002). Existem evidências de que a redução do stress pode ser um elemento útil no tratamento da depressão e prevenção da recaída (Manber, Allen, & Morris, 2002; Teasdale, Segal, & Williams, 1995). A gestão do stress pode também ser um elemento importante no

tratamento da ansiedade (Deacon, & Abramowitz, 2004). A resposta ao stress tem sido proposta na etiologia da ansiedade e da depressão (Holsboer, 2000). Ensinar os doentes a gerir eficazmente o stress pode ter um efeito positivo na sua capacidade de controlar a ansiedade e o humor e o peso. Também neste sentido, salientamos ainda que, a literatura sugere que o exercício físico tem um efeito benéfico tanto no humor como na reactividade ao stress (Lawlor, & Hopker, 2001). Assim, sugerimos que os médicos devem dar aos indivíduos sugestões práticas para a adição de pequenas quantidades de exercício na sua rotina diária.

Por sua vez, uma limitação na abordagem tradicional na gestão do peso e da depressão e/ou ansiedade, sem considerar estas questões como comorbilidades, é que existem algumas situações em que o tratamento para uma condição pode realmente agravar a outra. Por exemplo, alguns tratamentos farmacológicos para as perturbações de humor e de ansiedade tem o efeito colateral de ganho de peso, o que sugere considerações especiais de tratamento nesta população já sujeita a um aumento do risco de saúde relacionado com o peso (Barry et al, 2008).

Deste modo, ao focar uma abordagem holística e ao tratar os diagnósticos comórbidos, existe um enorme potencial para aliviar o *distress* psicológico, e conseqüentemente para melhorar a qualidade de vida das pessoas com obesidade e depressão ou/e ansiedade.

Neste sentido, sugerimos que são necessários protocolos de tratamento que incorporem o tratamento simultâneo quer da obesidade e da depressão, quer da obesidade e da ansiedade, o que torna necessária investigação para testar a viabilidade e a aceitabilidade de simultaneamente tratar estas condições de saúde.

Por sua vez, são necessários estudos longitudinais, prospectivos, focando a influência da obesidade na depressão e ansiedade e vice versa. A investigação necessita determinar se a obesidade de facto causa a depressão e ansiedade e/ou o contrário. Para além destas questões salientamos a necessidade de estudos que identifiquem os mecanismos através dos quais estas relações causais entre a obesidade e a depressão e ansiedade se desenvolvem e mantêm.

Dado o aumento da prevalência da obesidade (Carmo et al., 2008; Flegal, 2006; International Obesity Task Force, 2009; Low et al., 2009; Ogden et al., 2006; Seidell, & Flegal, 1997; World Health Organization, 2009), torna-se de crescente relevância a avaliação da qualidade de vida e o rastreamento de perturbações de humor e ansiedade. Os resultados do presente estudo sugerem a necessidade de utilização de estratégias interdisciplinares para avaliar esta população. Os resultados do presente estudo sugerem, ainda, que a avaliação da qualidade de vida, dos sintomas de depressão e ansiedade pode ajudar os clínicos a aumentar a probabilidade de fornecer o cuidado compreensivo necessário para examinar adequadamente uma doença tão complexa e multifacetada como a obesidade.

REFERÊNCIAS

- Abdollahi, M., Cushman, M., & Rosendaal, F.R. (2003). Obesity: Risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis and Haemostasis*, 89, 493-498.
- Alciati, A., D'Ambrosio, A., Foschi, D., Corsi, F., Mellado, C., & Angst, J. (2007). Bipolar spectrum disorders in severely obese patients seeking surgical treatment. *Journal of Affective Disorders*, 101, 131-138.
- Allison, D. B., Fontaine, K. R., Manson, J. E., Stevens, J., & VanItallie, T. B. (1999). Annual deaths attributable to obesity in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1530-1538.
- Anderson, S.E., Cohen, P., Naumova, E.N., & Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 285-291.
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W.S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 79-90.
- Arroyo, P., Loria, A., Fernández, V., Flegal, K.M., & Kuri-Morales, P. (2000). Prevalence of pre-obesity and obesity in urban adult Mexicans in comparison with other large surveys. *Obesity Research*, 8, 179-185.
- Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. (2007). The burden of overweight and obesity in the Asia-Pacific region. *Obesity Review*, 8, 191-196.
- Baraja, G.M.A., Robledo, M.E., Garcia, T.N., Cuesta, S.T., Garcia, M.P., & Cerrada, S.I. (1998). Quality of life in relation to health and obesity in a primary care center. *Revista Española de Salud Pública*, 72, (3), 221-231.
- Barlow, S.E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 120 (4), S164-S192.
- Barofsky, I., Fontaine, K.R., & Cheskin, L.J. (1997). Pain in the obese: Impact on health-related quality of life (Brief Report). *Annals of Behavioral Medicine*, 19 (4), 408-410.
- Barry, D., Pietrzak, R.H., & Petry, N.M. (2008). Gender Differences in Associations Between Body Mass Index and DSM-IV Mood and Anxiety Disorders: Results from the National

- Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Annals of Epidemiology*, 18, 458-466.
- Bech, P. (1993). Quality of life measurements in chronic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 1-10.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., T. Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. São Paulo: Editora Artmed.
- Becker, E.S., Margraf, J., Turke, V., Soeder, U., & Neumer, S. (2001). Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, 25 (1), S1-S9.
- Besche-Richard, C., & Bungener, C. (2008). *Psicopatologias, emoções e neurociências*. Manuais universitários 54. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Black, M.M., Cutts D.B., Franck D.A., et al. (2004). Special supplemental nutrition program for women, infants, and children participation and infants' growth and health: A multisite surveillance study. *Pediatrics*, 114, 169-176.
- Blair, A.J., Lewis, V.J., & Booth, D.A. (1990). Does emotional eating interfere with success in attempts at weight control? *Appetite*, 15, 151-7.
- Blair, S.N., & LaMonte, M.J. (2006). Commentary: Current perspectives on obesity and health: Black and white, or shades of grey? *International Journal of Epidemiology*, 35, 69-72.
- Bocchieri, L.E., Meana, M., & Fisher, B.L. (2002). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 155-165.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de psicopatologia*. Manuais universitários 51. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bulik, C. M., Sullivan, P.F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 72-8.
- Burgmer, R., Petersen, I., Burgmer, Zwaan, M., Wolf, A.M., & Herpertz, S. (2007). Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 17, 785-791.

- Callegari, A., Michelini, I., Sguazzin, C., Catona, A., & Klersy, C. (2005). Efficacy of the SF-36 questionnaire in identifying obese patients with psychological discomfort. *Obesity Surgery, 15*, 254-260.
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients an hypothesis. *Medical Ethics Journal, 53*, 2316-2323.
- Camacho, T.C., Roberts, R.E., Lazarus, N.B., Kaplan, G.A., & Cohen, R.D. (1991). Physical activity and depression: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology, 134*, 55-60.
- Carmo, I., Carreira, M., Almeida, D., Gomes, L., & Almeida Ruas, M. (2000) Prevalence of obesity in Portuguese population. *International Journal of Obesity and the Related Metabolic Disorders, 24*, S1-S198.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., & Carreira, M. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews, 7*, 233-237.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., et al. (2008). Overweight and obesity in portugal: National prevalence in 2003-2005. *Journal Obesity Reviews, 9*.
- Carpenter K. M., Hasin D.S., & Allison D.B. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depression disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health, 90*, 251-7.
- Cassidy, K., Kotynia-English, R., Acres, J., Fliicker, L., Lautenshlager, N., & Almeida, O. (2004). Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women. *Austrian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 940-947.
- Caterson, I.D., Hubbard, V., Bray, G.A., Grunstein, R., Hansen, B.C., et al., (2004). American Heart Association. Prevention Conference VII: Obesity, a worldwide epidemic related to heart disease and stroke: Group III: Worldwide comorbidities of obesity. *Circulation, 110*, e476-e483.
- Center for Disease Control and Prevention (2009b). Recommended Community Strategies and Measurements to Prevent Obesity in the United States. July 24, 2009/58 (RR07), 1-26. [em linha]. Disponível em <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5807a1.htm>> [Consultado em Fevereiro, 2009].
- Centre for Disease Control and Prevention (2009). Use and interpretation of the CDC growth charts.

- Centre for Disease Control and Prevention (2009c). About BMI for Children and Teens. January 27, 2009. [em linha]. Disponível em <http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html> [Consultado em Outubro, 2009].
- Cerhan, J.R., Torner, J.C., Lynch, C.F., Rubenstein, L.M., Lemke, J.H., et al., (1997). Association of smoking, body mass, and physical activity with risk of prostate cancer in the Iowa 65+ Rural Health Study (United States). *Cancer Causes Control*, 8, 229-238.
- Chapman, D.P., Perry, G.S., & Strine, T.W. (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. [em linha]. Disponível em <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/pdf/04_0066.pdf> [Consultado em Fevereiro de 2009].
- Chen EY, & Brown M.(2005). Obesity stigma in sexual relationships. *Obesity Research*, 1, 1393-1397.
- Choban, P.S., Onyejekwe, J., Burge, J.C. et al. (1999). A health status assessment of the impact of weight loss following Roux-en-Y gastric bypass for clinically severe obesity. *Journal of the American College Surgeons*, 188, 491-497.
- Choban, P.S., Onyejekwe, J., Burge, J.C., & Flancbaum, L. (1999). A health status assessment of the impact of weight loss following Roux-en-Y gastric bypass for clinically severe obesity. *Journal of the American College of Surgeons*, 188, (5), 491-7.
- Chua, J.L., Touyz, S., & Hill, A.J. (2004). Negative mod-induced overeating in obese binge eaters: An experimental study. *International Journal of Obesity*, 28, 606-610.
- Colditz, G. A. (1999). Economic costs of obesity and inactivity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31 (11), 663-667. [em linha]. Disponível em <<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/resources/growthchart.pf>> [Consultado em Fevereiro, 2009].
- Creed, F., Morgan, R., Fiddler, M., Marshall, S., Guthrie, E., & House, A. (2002). Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics*, 43, 302-9.
- Crisp, A.H., & McGuiness, B. (1976). Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. *British Medical Journal*, 1,7-9.
- Crisp, A.H., Queenan, M., Sittampaln, Y., et al. (1980). "Jolly fat revisited. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 233-41.

- Deacon, B.J., & Abramowitz, J.S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (4), 429-441.
- De Bellis, M.D., Gold, P.W., Geraciotti, T.D., Listwak, S.J., & Kling, M.A. (1993). Association of fluoxetine treatment with reductions in CSF concentrations of corticotropinreleasing hormone and arginine vasopressin in patients with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, 656-657.
- Dennis, K.E., & Goldberg, A.P. (1996). Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addictive Behaviors*, 21, 103-116.
- Dixon, J.B., Dixon, M., E., & O'Brien, P., E. (2003). Depression in association with severe obesity. *Archives International Medicine*, 163, 2058-2065.
- Dong, C., Sanchez, L.E., & Price, R.A. (2004). Relationship of Obesity to Depression: a Family-based Study. *International Journal of Obesity* 28, 790-795.
- Drapeau, V., Therrien, F., Richard, D., & Tremblay, A. (2003). Is visceral obesity a physiological adaptation to stress? *Panminerva Medica*, 45, 189-195.
- Dunlop, D.D., Manheim, L.M., Song, J., Lyons, J.S., & Chang, R.W. (2005). Incidence of disability among preretirement adults: the impact of depression. *American Journal of Public Health*, 95, 2003-2008.
- Dymek, M.P., Grange, D., Neven, K., & Alverdy, J. (2002) Quality of life after Gastric Bypass Surgery: A cross-sectional study. *Obesity Research*, 10, 1135-1142.
- Dymek, M.P., Le Grange, D., Neven, K., & Alverdy, J. (2001). Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y bypass gastric bypass: a brief report. *Obesity Surgery*, 11, 32-39.
- Eckel, R.H. (1997). Obesity in heart disease. *Circulation*, 96, 3248-3250.
- Eckel, R.H., & Krauss, R.M. (1998) American Heart Association call to action: Obesity as a major risk factor for coronary heart disease. *Circulation*, 97, 2099-2100.
- Engel, S.G., Kolotkin, R.L, Teixeira, P.J., Sardinha, L.B., Vieira, P.N., Palmeira, A.L., & Crosby, R.D. (2005). Psychometric and cross-national evaluation of a portuguese version of the Impact of Weight on Quality of Life - Lite (IWQOL-Lite). *European Eating Disorders Review*, 13, 133-143.
- Esposito, K., Giugliano, F., Di Palo, C., Giugliano, G., Marfella, R., et al. (2004). Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2978-2984.

- Fabricatore, A.N., & Wadden, T.A. (2004). Psychological aspects of obesity. *Clinics in Dermatology*, 22, 332-337.
- Fabricatore, A.N., Wadden, T.A., Sarwer, D.B., & Faith, M.S. (2005). Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15, 304-309.
- Fagiolini, A., Frank, E., Scott, J.A., Turkin, S., & Kupfer, D.J. (2005). Metabolic syndrome in bipolar disorder: findings from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians. *Bipolar Disorder*, 7, 424-430.
- Faith, M.S., Calamaro, C.J., Dolan, M.S., & Pietrobelli, A. (2004). Mood disorders and obesity. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 9-13.
- Faith, M.S., Fontaine, K.R., Cheskin, L.C., & Allison, D.B. (2000). Behavioral approaches to the problems of obesity. *Behavior Modification*, 24, 459-493.
- Faith, M.S., Matz, P.E., & Jorge, M.A. (2002). Obesity-depression associations in the population. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 935-942.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1990). Quality of Life Index. [em linha]. Disponível em <http://www.uic.edu/orgs/gli/index.htm>. >[Consultado em Março, 2009].
- Ferreira, P., & Santana, P. (2003). Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 15-30
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II: Testes de coerência interna. *Acta Médica*, 13, 119-127.
- Fine, J.T., Colditz, G.A., Coakley, E.H., Moseley G, Manson JE, Willett W.C., & Kawachi, I. (1999). A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2136-2142.
- Flegal, K.M. (2006). Commentary: The epidemic of obesity – What’s in a name? *International Journal of Epidemiology*, 35, 72-74.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F., & Gail, M.G. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 293, 1861-1867.
- Fonseca, A. F. (1988). *Psiquiatria e psicopatologia*. Vol. I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fontaine, K. R., & Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews*, 2, 173-182.

- Fontaine, K.R., & Bartlett, S.J. (1998). Estimating health-related quality of life in obese individuals. *Disease Management and Health Outcomes* 3, 61-70.
- Fontaine, K.R., & Bartlett, S.J. (1998). Estimating health-related quality of life in obese individuals. *Disease Management and Health Outcomes*, 3, 61-70.
- Fontaine, K.R., Barofsky, I., Andersen, R.E., Bartlett, S.J., Wiersema, L., Cheskin, L.J., & Franckowiak, S.C. (1999). Impact of weight loss on pain and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 8, 275-277.
- Fontaine, K.R., Bartlett, S.J., & Barofsky, I. (2000). Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 101-105.
- Fontaine, K.R., Cheskin, L.J., & Barofsky, I. (1996). Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *The Journal of Family Practice*, 43, 265-270.
- Fontaine, K.R., Redden, D.T., Wang, C., Westfall, A.O., & Allison, D.B. (2003). Years of life lost due to obesity. *Journal of the American Medical Association*, 289, 187-193.
- Ford, E.S., Moriarty, D.G., Zack, M.M., Mokdad, A.H., & Chapman, D.P. (2001). Self-reported body mass index and health-related quality of life: Findings from the behavioral risk factor surveillance system. *Obesity Research*, 9, 21-31.
- Foster, G.D., Wadden, T.A., Phelan, S.P., Sarwer, D.B., & Sanderson, R.S. (2001). Obese patients' perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. *Archives of Internal Medicine*, 161, 2133-2139.
- Frances, A., & Ross, R. (2004). *Casos clínicos. DSM-VI-TR Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Friedman, K. E., Reicham, S. K., Costazo, P. R., & Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research*, 10, 33-41.
- Friedman, M.A, & Brownell, K.D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117, 3-20.
- Gale, S.M., Castracane, V.D. & Mantzoros, C.S. (2004). Energy homeostasis, obesity and eating disorders: Recent advances in endocrinology. *Journal of Nutrition*, 134, 295-298.
- Ganley, R.M. (1989). Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8,343-61
- Garfinkel (1985). Overweight and cancer. *Annals Internal Medicine*, 103, 1034-1036.

- Gemert, W.G., Adang, E.M., Greve, J.W., & Soeters, P.B. (1998). Quality of life assessment of morbidly obese patients: effect of weight-reducing surgery. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67, 197-201.
- Glinski, J., Wetzler, S., Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11, 581-588.
- Goodman, E., & Wing, R.R. (2002). A prospective study on the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 110, 497-504.
- Goossens, L., Braet, C., Vlierberghe, L., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders*, 17, 68-78.
- Gortmacker, S.L., Must, A., Perrin, J.M., Sobol A.M., & Dietz, W.H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 30, 1008-1012.
- Green, B.B., Weiss, N.S., & Darling, J.R. (1988). Risk of ovulatory infertility in relation to body weight. *Fertility and Sterility*, 50, 721-6.
- Greeno, C., & Wing, R.R. (1994). Stress induced eating. *Psychological Bulletin*, 115, 444-464.
- Grodstein, F., Goldman, M. B., & Cramer, D. W. (1994). Body mass index and ovulatory infertility. *Epidemiology*, 5, 247-250.
- Grundy, S.M., & Barnett, J.P. (1990). Metabolic and health complications of obesity. *Disease-a-Month*, 36, 641-731.
- Guillaume, M. (1999). Defining obesity in childhood: current practice. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 126S-130S.
- Guisado, J.A., & Vaz, F.J. (2003). Personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 13, 394-398.
- Gustafson, T.B., & Sarwer, D.B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity*, 5, 129-35.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H., & Patrick, D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622-629.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H., & Patrick, D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622-629.
- Hallstrom, C., & Mcclure, N. (2000). *Ansiedade e depressão. Perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hallstrom, T., & Noppa, H. (1981). Obesity in woman in relation to mental illness, social factors and personality traits. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 75-82.

- Hamaguchi, M., Kojima, T., Takeda, N., Nakagawa, T., Taniguchi, H., et al. (2005). The metabolic syndrome as a predictor of nonalcoholic fatty liver disease. *Annals of Internal Medicine*, *143*, 722-728.
- Hampel, H., Abraham, N.S., & El-Searg, H.B. (2005). Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *Annals of Internal Medicine*, *143*, 199-211.
- Harrington, E.F., Crowther, J.H., Henrickson, H.C., Payne, C., & Mickelson, K.D. (2006). The relationships among trauma, stress, ethnicity, and binge eating. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *12*, 212-229.
- Harris, M.L., Flegal, K.M., Cowie, C.C., et al. (1998). Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in US adults: the third national health and nutrition examination survey, 1988-94. *Diabetes Care*, *21*, 581-524.
- Harter, M.C., Conway, K.P., & Merikangas, K.R. (2003). Associations between anxiety disorders and physical illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *243*, 313-20.
- Hassan, M.K., Joshi, A.V., Madhavan, S.S., & Amonkar, M.M. (2003). Obesity and health-related quality of life: A cross-sectional analysis of the US population. *International Journal of Obesity*, *27*, 1227-1232.
- Hawke, A., O'Brien, P., Watts, J.M., Hall, J., Dunstan, R.E., Walsh, J.F., Slavotinek, A.H., et al. (1990). Psychosocial and physical activity changes after gastric restrictive procedures for morbid obesity. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*, *60*, 755-758.
- Heo, M., Allison, D.B., Faith, M.S., Zhu, S., & Fontaine, K. R. (2003). Obesity and quality of life: Mediating effects of pain and comorbidities. *Obesity Research*, *11*, 209-216.
- Herperts, S., Keilman, R., Wolf, A.M. et al. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity*, *27*, 1300-1314.
- Holsboer, F., & Barden, N. (1996). Antidepressants and HPA regulation. *Endocrinology Reviews*, *17*, 187-203.
- Hrabosky, J.I., & Thomas, J.J. (2008). Elucidating the relationship between obesity and depression: Recommendations for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *15*, 28-34.
- Hsu, L.K.G., Nenotti, P.N., Dwyer, J. et al. (1998). Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: A review. *Psychosomatic Medicine*, *60*, 338-346.
- Hsu, L.K.G., Sullivan, S.P., & Benotti, P.N. (1997). Eating disturbances and outcomes of gastric bypass surgery: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, *21*, 385-390.

- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of *DSM-IV* eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *61*, 348-58.
- Idler, E.L., & Kasl, S.V. (1995). Self ratings of health: Do they predict change in function as ability? *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, *50*, S344-S353.
- Ikeda, J.P., Lyons, P., Schwartzman, F., & Mitchell, R.A. (2004). Self-reported dieting experiences of woman with body mass indexes of 30 or more. *Journal of the American Dietetic Association*, *104*, 972-974.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). Resultados definitivos. As Causas de Morte em Portugal 2000. Instituto Nacional de Estatística; 2003. [em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt/prodserv/destaque/d020124-3/d020124-3.pdf>> [Consultado em Fevereiro, 2009]
- International Obesity Task Force Secretariat (2009). *The global challenge of obesity and the International Obesity Task Force*. [em linha]. Disponível em www.iuns.org/features/obesity/obesity.htm. [Consultado em Fevereiro, 2009].
- Istvan, J., Zavela, K., & Weidner, G. (1992). Body weight and psychological distress in NHANES-I. *International Journal of Obesity*, *16*, 999-1003.
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Traux, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavior therapy for depression. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, *64*, 295-304.
- James, W. (2008). WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity*, *32*, S120-S126.
- Jia, H., & Lubetkin, E.I. (2005). The impact on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of Public Health*, *27*, (2), 156-154.
- Jones, L.E., & Carney, C.P. (2006). Increased risk for metabolic syndrome in persons seeking care for mental disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, *18*, 149-155.
- Jorm, A.F., Korten, E.E., Christensen, H., Jacomb, P.A., Rodgers, B., & Parslow, R.A. (2003). Association os obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Austrian and New Zealand Journal of Public Health*, *27*, 434-440.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D., et al. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 375-380.

- Kalarchian. M.A., Brunswick, N.J., Wison, G. et al. (1998). Binge eating in bariatric surgery patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 89-92.
- Karnofsky, D.A., Abelman, W.H., Craner, L.F. et al. (1948). The use of Nitrogen mustards in palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, 1, 634-656.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221.
- Keck, P.E., & McElroy, S.L. (2003). Bipolar disorder, obesity, and pharmacotherapy associated weight gain. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1426-1435.
- Kessler, R. C., Micckelson, K. D., & Williams, D. R. (1999). The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 208-230.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 30, 17-30.
- Kincey, J., Neve, H., Soulsby, C., & Taylor, T.V. (1996). Psychological state and weight loss after gastroplasty for major obesity – some outcomes and inter-relationships. *Psychology, Health & Medicine*, 1 (1), 113-118.
- Klein, S., Burke, L.E., Bray, G.A., Blair, S., Allison, D.B., et al., (2004). American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease: A statement for professionals from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, 110, 2952-2967
- Klerman, G. (1989). Depressive disorders: Further evidence for increased medical morbidity and impairment in social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 46, 856-858.
- Klerman, G., & Weismann, M. M. (1992). The course, morbidity, and cost of depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 831-834.

- Klerman, G.L., & Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 262, 2229-2235.
- Klesges, R.C., Klem, M.L., & Klesges, L.M. (1992). The relationship between changes in body weight and changes in psychological functioning. *Appetite*, 19, 145-153.
- Kloiber, S., Ising, M., Reppermund, S., Horstmann, S., Dose, T., Majer, M., et al. (2007). Overweight and obesity affect treatment response in major depression. *Biological Psychiatry*, 62, 321-326.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D. & Williams, G. R. (2002). Health related quality of life varies among obese subgroups. *Obesity Research*, 10, (8), 748-756.
- Kolotkin, R.L., Crosby, R.D., Williams, G.R., Hartley, G.G., & Nicol, S. (2001). The relationship between health related quality of life and weight loss. *Obesity Research*, 9, 564-571.
- Kolotkin, R.L., Head, S., & Brookhart, A. (1997). Construct validity of the Impact of Weight on Quality of Life questionnaire. *Obesity Research*, 5, 434-441.
- Kolotkin, R.L., Head, S., Hamilton, M.J., & Tse, C.K. (1995). Assessing impact of weight on quality of life. *Obesity Research*, 3, 49-56.
- Kolotkin, R.L., Meter, K., & Williams, G.R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, 2, 219-229.
- Kolotkin, R.L., Crosby, R.D., Kosloski, K.D., & Williams, G.R. (2001b). Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research*, 9, (2), 102-111.
- Kral, I.G., Sjostrom, L.V., Sullivan, M.B.E. (1992). Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity, *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 611S-614S.
- Kuczmarski, R.J. Ogden, L.C., Grummer-Strawn, L.M., Flegal, K.M., Guo, S.S., et al. (2000). CDC growth charts: United States. *Advance Data*, 314, 1-27.
- Kumanyika, S.K., Obarzanek, E., Stettler, N., Bell, R., Field, A., et al. (2008). Population-Based Prevention of Obesity. The need for comprehensive promotion of healthful eating, physical activity, and energy balance: a scientific statement from American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention (Formerly the Expert Panel on Population and Prevention Science). *American Heart Association, Circulation*, 118, 428-464.
- Kushner, R.F., & Foster, G.D. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition*, 16, 947-952.
- Laupacis, A., Wong, C., & Churchill, D. (1991). The use of generic and specific quality of life measures in hemodialysis patients treated with erythropoietin. The Canadian Erythropoietin Study Group. *Controlled Clinical Trials*, 12, (4), 168S-179S.

- Lawlor, D.A., & Chaturvedi, N. (2006). Treatment and prevention of obesity - Are there critical periods for intervention. *International Journal of Epidemiology*, 35, 3-9.
- Lawlor, D.A., & Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 763-766.
- Lean, M.E., Han, T.S., & Seidell, J.C. (1999). Impairment of health and quality of using new US federal guidelines for identification of obesity. *Archives of Internal Medicine*, 159, 837-843.
- Lee, I.M. & Paffenbarger, R.S. (1992). Quetelet's index and risk of colon cancer in college alumni. *Journal of the National Cancer Institute*, 84, 1326-1331.
- Lenze, E.J., Rogers, J.C., Martire, L.M., et al. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 113-35.
- Leydy, N.K., Revicki, D.A., & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health*, 2, 113-127.
- Linde, J.A., Jeffery, R.W., Levy, R.L., Sherwood, N.E., Utter, J., & Pronk, N.P. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and woman. *International Journal of obesity*, 28, 418-425
- Loux, T.J., Haricharan, R.N., Clements, R.H., Kolotkin, R.L., Bledsoe, S.E., Haynes, B., Leath, T., & Harmon, C.M. (2008). Health-related quality of life before and after bariatric surgery in adolescents. *Journal of Pediatric Surgery*, 43 (7), 1275-1279.
- Low, S., Chin, M.C., & Deurenberg-Yap, M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals, Academy of Medicine Singapore*, 38, 57-65.
- Lupien, S.J., Leon, M., Santi, S., Convit, A., Tarshish, C., Nair, N.P.V., et al. (1998). Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. *Nature Neuroscience*, 1, 69-73.
- Maes, H.H., Neale, M.C., & Eaves, L.J. (1997). Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity. *Behavior Genetics*, 27, 325-351.
- Malnick, S.D., Beergabel, M., & Knobler, H. (2003). Non-alcoholic fatty liver: a common manifestation of a metabolic disorder. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 96, 699-709.
- Malnick, S.D.H., & Knobler, H. (2006). The medical complications of obesity. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 99 (9), 565-579.
- Manninen, P., Riihimaki, H., Heliövaara, M., & Makela, P. (1996). Overweight, gender and knee

osteoarthritis. *International Journal of Obesity and the Related Metabolic Disorders*, 20, 595-597.

- Markowitz, S., Friedman, M.A., & Arent, S.M. (2008). Understanding the relation between obesity and depression: Causal mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 1-20.
- Marnick, S.D.H., & Knobler, H. (2006). The medical complications of obesity. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 99 (9), 565-579.
- Masheb, R.M., & Grilo, C.M. (2006). Emotional overeating and its association with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 141-146.
- Mason, E.E., Maher, J.W., Scott, D.H., et al. (1992). Ten years of vertical banded gastroplasty for severe obesity. *Problems in General Surgery*, 9, 280-289.
- Mather, A.A., Cox., B.J., Enns, M.W., & Sareen, J. (2009). Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 277-285.
- Mathus-Vliegen, E.M., & Wit, L.T. (2007). Health-related quality of life after gastric banding. *The British Journal of Surgery*, 94 (4), 457-65.
- Mathus-Vliegen, E.M., Weerd, S., & Wit, L.T. (2004). Health-related quality-of-life in patients with morbid obesity after gastric banding for surgical induced weight loss. *Surgery*, 135, 489-97.
- McElroy, S.L., Kotwal, R., Malhorta, S., Nelson, E.B., Keck, P.E., & Nemeroff, C.B. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 634-651.
- Miller, G.E., Stetler, C.A., Carney, R.M., Freedland, K.E., & Banks, W.A. (2002). Clinical depression and inflammatory risk markers in coronary heart disease. *American Journal of Cardiology*, 90, 1279-1283.
- Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F., & Gerberding, J.L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1238-1245.
- Moore, M.E., Stunkard, A., & Srole, L. (1962). Obesity, social class, and mental illness. *Journal of the American Medical Association*, 181, 962-966.
- Morimoto L.M., White, E., Chen, Z., Chlebowski, R.T., Hays, J., et al., (2002). Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative (United States). *Cancer Causes Control*, 13, 741-751.

- Munnelly, P., & Feehan, S. (2002). An obesity clinic model. *Proceedings of the Nutrition Society, 61*, 9-10.
- Must, A., & Strauss, R.S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder, 23* (2), S2-S11.
- Must, A., Spadano, J., Coakley, E. H., Field, A. E., Colditz, G., & Dietz, W. H. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *Journal of the American Medical Association, 282*, 1523-1529.
- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A.A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry, 179*, 540-544.
- Napolitano, M.A., & Foster, G.D. (2008). Depression and obesity: Implications for assessment, treatment, and research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*, 21-27.
- National Center for Health Statistics (2009). *CDC growth charts: United States*. [em linha]. Disponível em <www.cdc.gov/growthcharts>. [Consultado em Março, 2009]
- National Institute of Health (2000). *The practical guide: Identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults*. Publication number 00-4084.
- National Institute of Health. (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obesity Research, 6* (2), 51S-209S.
- National Institutes of Health (1991). Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. NIH Consensus Statement Online 1991 Mar 25-27, *9* (1), 1-20. [em linha]. Disponível em <<http://consensus.nih.gov/1991/1991GISurgeryObesity084html.htm>> [Consultado em Fevereiro, 2009].
- National Institutes of Health (1998). Clinical Guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. *Obesity Research, 6* (2), 51S-209S.
- National Institutes of Health (2007). Prescription Medications for the Treatment of Obesity. NIH Publication No 07-4191. November 2004. Updated December 2007. [em linha]. Disponível em <<http://win.niddk.nih.gov/publications/prescription.htm>> [Consultado em Setembro, 2009].
- National Institutes of Health (2009). Bariatric Surgery for Severe Obesity. NIH Publication No.08-4006 March 2009. [em linha]. Disponível em <<http://win.niddk.nih.gov/publications/gastric.htm>> [Consultado em Setembro, 2009].

- National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, and North American Association for the Study of Obesity. (2000). The Practical Guide: Identification, Evaluation, and treatment of Overweight and Obesity in Adults. NIH Publication Number 00-4084, October 2000. [em linha]. Disponível em <www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf> [Consultado em Setembro, 2009].
- National Institutes of Health. (1998). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults – The Evidence Report. NIH Publication No 98-4083. Setember 1998. [em linha]. Disponível em <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf> [Consultado em Setembro, 2009].
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity (2000). Overweight, obesity, and health risk. *Archives of International Medicine*, 160, 898-904.
- Noppa, H., & Hallstrom, T. (1981). Weight gain in adulthood in relation to socioeconomic factors, mental illness and personality traits: a prospective study of middle-aged woman. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 83-9.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Manuais Universitários 11. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogden, L.C., Carroll, M.D., Curtin, L.R., McDowell, M.A., Taback, C.J. & Flegal, K.M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1549-1555.
- Olshansky, S.J., Passaro, D.J., Hershow, R.C., Layden, J., Carnes, B.A., et al. (2005). A potential decline in life time expectancy in the United States in 21st century. *The New England Journal of Medicine*, 352, 1138-1145.
- Onyike, C.U., Crum, R.M., Lee, H.B., Lyketsos, C.G., & Eaton, W.W. (2003). Is obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158 (12), 1139-1147.
- Oria, H.E., & Moorehead, M.K. (1998). Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obesity Surgery*, 8, 487-499.
- Ottoson, M., Lonroth, P., Bjorntorp, B., & Eden, S. (2000). Effects of cortisol and growth hormone on lipolysis in human adipose tissue. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 799-803.
- Padez, C. (2006). Trends in overweight and obesity in Portuguese conscripts from 1986 to 2000 in relation to place of residence and education level. *Journal of the Royal Institute of Public Health*, 120, 946-952.

- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004) Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: Trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal Human Biology*, 16, 670-678.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde. Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2005). *O importante é a Saúde: estudo de adaptação de uma técnica da percepção do Estado de Saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007b). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Palinkas, L.A., Wingard, D.L., & Barrett-Conner, E. (1996). Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the “jolly fat” hypothesis. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 59-66.
- Paluska, S.A., & Schwenk, T.L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, 29, 167-180.
- Pereira, J., Mateus, C., & Amaral, M.J. (1999). Custos da Obesidade em Portugal. (Working document 4/99). Associação Portuguesa de Economia da Saúde: Lisbon.
- Pickering, R.P., Grant, B.F., & Chou, S.P. (2007). Are overweight, obesity, and extreme obesity associated with psychopathology? Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 998-1009.
- Pine, D.S., Goldstein, R.B., Wolk., S., & Weissman, M.M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*, 107, 1049-1056.
- Pi-Sunyer, F. X. (1993). Medical hazards of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 119, 655-660.
- Poirier, P., Giles, T.D., Bray, G.A., Hong, Y., Stern, J.S., et al., (2006). Obesity and cardiovascular disease: Pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease From the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. American Heart Association, *Circulation*, 113, 898-918.
- Powers, P.S., Rosemurgy, A., Boyd, F. et al. (1997). Outcome of gastric restriction procedures: Weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obesity Surgery*, 7 (27), 471-477.

- Puhl, R.M., & Brownell, K.D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4, 213-227.
- Ravaldi, C., Barboni, E., Lai, M., Rotella, C.M., Vannacci, A., & Ricca, V. (2005). Obesity and mood disorders: the complex problem of insight. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 265.
- Reinhold, R.B. (1982). Critical analysis of long-term weight loss following gastric bypass. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 155, 385-394.
- Richardson, L. P., Davis, R., Poulton, R., McCauley, E., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Connell, F. (2003). A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 739-745.
- Rigby, N.J., Skumanyika, S., & James, W.P. (2006). Confronting the epidemic: The need for global solutions (corregendum). *Journal of Public Health*, 27, 215.
- Rippe, J.M., Price, J.M., Hess, S.A., Kline, G., DeMers, K.A., Damitz, S., Kreidieh, I., & Freedson, P. (1998). Improved psychological well-being, quality of life, and health practices in moderately overweight women participating in a 12-week structured weight loss program. *Obesity Research*, 6, 208-218.
- Roberts, R.E., Deleger, S., Strawbridge, W.J., & Kaplan, G.A. (2003). Prospective association between obesity and depression: Evidence from Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, 27, 514-521.
- Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S.J., & Strawbridge, W.J. (2000). Are the obese at greater risk for depression? *American Journal of Epidemiology*, 152, 163-170.
- Roberts, R.E., Strawbridge, W.J., Deleger, S., & Kaplan, G.A. (2002). Are the fat more jolly? *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 169-180.
- Rorty, M., Yager, J., & Rossoto, E. (1994). Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1122-6.
- Rosik, C.H. (2005). Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: Rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obesity Surgery*, 15, 677-683.
- Ruiz, J.S., Cuadrado, A. I., & Rodríguez, J.M.M. (2000). *Transtorno de angustia. Crises de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: Masson.
- Saarni, S.I., Suvisaari, J., Sintonen, H., et al. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *British Journal of Psychiatry*, 190, 326-32.
- Saltzman, E.C., & Gutmann, M.C. (1980). Gastric bypass for morbid obesity: Preoperative and postoperative psychological evaluation of patients. *Archives of Surgery*, 115, 21-28.

- Sarwer, D.B., Cohn, N.I., Gibbons, L.M. et al. (2004). Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, *14*, 1148-1156.
- Sawer, D.B., & Wadden, T.A. (1999). The treatment of morbid obesity: what's new, what's recommended. *Journal of Women's Health Gender-Based Medicine*, *8*, 483-93.
- Schrader, G., Stefanovic, S., Gibbs, A. et al. (1990). Do psychosocial factors predict weight loss following gastric surgery for obesity? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *24*, 496-499.
- Schwartz, T.L., Nihalani, N., Jindal, S., Virk, S., & Jones, N. (2004). Psychiatric medication induced obesity: a review. *Obesity Review*, *5*, 115-121.
- Sciamanna, C.N., Tate, D.F., Lang, W., & Wing, R.R. (2000). Who reports receiving advice to lose weight? Results from a multistate survey. *Archives of Internal Medicine*, *160*, 2334-2339.
- Scott, K., Mc Gee, M., Wells, E., & Browne, M. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 97-105.
- Seidell, J.C., & Flegal, K.M. (1997). Assessing obesity: Classification and epidemiology. *British Medical Bulletin*, *53*, 238-252.
- Shaw, G.M., Velie, E.M., & Schaffer, D. (1996). Risk for neural tube defect-affected pregnancies among obese women. *Journal of the American Medical Association*, *275*, 1093-1096.
- Silva, I. M. S. L. (1993). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas da diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Silva, I.L., Pais-Ribeiro, J.L., & Cardoso, H. (2008). Contributo para a adaptação para a população portuguesa de uma escala de avaliação da qualidade de vida específica para doentes com obesidade: A ORWELL-97. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *9* (1), 29-48.
- Simon, G. E., Korff, M. V., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Belle, G. V., & Kessler, R. C. (2006) Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 824-830.
- Sobocki, P., Ekman, M., Agren, H., et al. (2007). Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*, *10*, 153-60.
- Solow, C. (1977). Psychosocial aspects of intestinal bypass surgery for massive obesity: Current status. *American Journal of Clinical Nutrition*, *30*, 103-108.
- Solow, C., Silberfarb, P., & Swift, K. (1974). Psychological effects of intestinal bypass surgery for severe obesity. *The New England Journal of Medicine*, *290*, 300-304.

- Stewart, A.L., & Brook, R.H. (1983). Effects of being overweight. *American Journal of Public Health, 73*, 171-178.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 124-35.
- Strine, T.W., Mokdad, A.H., Dube, S.R., Balluz, L.S., et al. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatric, 30*, 127-137.
- Stunkard, A.J. (1996). Current views of obesity. *American Journal of Medicine, 100*, 230-236.
- Stunkard, A.J., Faith, M.S., & Allison, K.C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry, 54*, 330-337.
- Stunkard, A.J., Fernstrom, M.H., Price, A., Frank, E., & Kupfer, D.J. (1990). Direction of weight gain in current depression: consistency across episodes. *Archives of General Psychiatry, 47*, 857-860.
- Sullivan, M. (1992). Quality of life assessment in medicine: concepts, definition, purposes, and basic tools. *Nordic Journal of Psychiatry, 46*, 79-83.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjostrom, L., Backman, L., Bengtsson, C., Bouchard, C., Dahlgren, S., et al. (1993). Swedish obese subjects (SOS) - an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 17*, 503-512.
- Tanne, D., Medalie, J.H., & Goldbourt, U. (2005). Body fat distribution and long-term risk of stroke mortality. *Stroke, 36*, 1021-1025.
- Temple, P.C., Travis, B., Sachs, L. et al. (1995). Functioning and well-being of patients before and after elective surgical procedures. *Journal of the American College Surgeons, 181*, 17-25.
- Testa, M.A., & Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine 334*, 833-840.
- Tolonen, P., Victorzon, M., & Makela, J. (2004). Impact of laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity on disease-specific and health-related quality of life. *Obesity Surgery, 14*, 788-795.
- Troiano, R.P., Frongillo, E.A.Jr., Sobal, J., & Levitsky, D.A. (1996). The relationship between body weight and mortality: a quantitative analysis of combined information from existing studies. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder, 20*, 63-75.
- Twenge, J.M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal Personality and Social Psychology, 79*, 1007-1021.

- Van Gemert, W.G., Severeijns, R.M., Greve, J.W. et al. (1998). Psychological functioning of morbidly obese patients after surgical treatment. *International Journal of Obesity*, 22, 393-398.
- Van Hout, G.C.M., Boekestein, P., Fortuin, F.A.M., Pelle, A.J.M., & Van Heck, G.L. (2006). Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 16, 787-794.
- Van Hout, G.C.M., Fortuin, F.A.M., Pelle, A.J.M., Blokland-Koomen, M.E., & Van Heck, G.L. (2009). Health-related quality of life following vertical banded gastroplasty. *Surgical Endoscopy*, 23, 550-556.
- Wadden, T.A., & Phelan, S. (2002). Assessment of quality of life in obese individuals. *Obesity Research*, 10 (1), 50-57S.
- Wadden, T.A., & Stunkard, A.J. (2002). *Handboock of obesity treatment*. New York: Guildford Press.
- Wadden, T.A., Butryn, M.L., Sarwer, D.B., Fabricatore, A.N., Crerand, C.E., Lipschutz, P.E., et al. (2006). Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2, 138-145.
- Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Womble, L.G. et al. (2001). Psychological aspect of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North América*, 81, 1001-1024.
- Wang, Y, Rimm, E.B., Stampfer, M.J., et al. (2005). Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men. *American Journal of Clinical Nutrition*, 81, 555-563.
- Wang, Y. (2004). Epidemiology of childhood obesity – Methodological aspects and guidelines: What is new? *International Journal of Obesity and the Related Metabolic Disorders* 28 (3), S21-S28.
- Ware, J.E. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 473-480.
- Waters, G.S., Pories, W.J., Swanson, M.S. et al. (1991). Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. *American Journal of Surgery*, 161, 154-158.
- Watson, D., Clark, L.A., Weber, K., Assenheimer, J.S., Strauss, M.E., & McCormick, R.A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 15-25.

- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J.S., Clark, L.A., Strauss, M.E., & Mc-Cormick, R.A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 3-14.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, A., Rogers, W., Daniels, M., et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. *Journal of the American Medical Association, 262*, 914-919.
- Whisman, M. A., & Bruce, M. I. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depression in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 674-678.
- Whitlock, E.P., Williams, S.B., Gold, R., Smith, P.R., & Shipman, S.A. (2005). Screening and interventions for childhood overweight: A summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics, 116*, e124-e144.
- WHO. *Constitution of the World Health Organization*. WHO: Geneva, 1946.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health organization Project to develop a Quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research, 2*, 153-159.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*, 24-56.
- WHOQOL Group, 1996. WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version December 1996. Programme on Mental Health. World Health Organization, Geneva.
- Willett, W.C., Dietz, W.H., & Colditz, G.A. (1999). Guidelines for healthy weight. *The New England Journal of Medicine, 341*, 427-434.
- Williamson, D. F., Thompson, T.J., Anda, R.F., Dietz, W.H., & Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity, 26*, 1075-1082.
- Wing, R.R., Epstein, L., Marcus, M.D., & Kupfer, D.J. (1984). Mood changes in behavioral weight loss programs. *Journal of Psychosomatic Research, 28*, 189-196.
- World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Technical Report Series No. 894. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
- World Health Organization (2009). *Fact sheet n°331, September 2006: obesity and overweight*. [em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>> [Consultado em Fevereiro, 2009].

- World Health Organization (2009). *Global database on body mass index*. [em linha]. Disponível em http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html [Consultado em Fevereiro, 2009].
- World Health Organization (2009b). Depression. [em linha]. Disponível em http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.> [Consultado em Setembro, 2009].
- Yanovoski, S.Z. (2003). Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating the eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *International Journal of Eating Disorders*, 34, S117-20.
- Zeller, M.H., Modi, A.C., Noll, J.G., Long, J.D., & Inge, T.H. (2009). Psychosocial functioning improves following adolescent bariatric surgery. *Obesity*, 17, (5), 985-990.
- Zhu, S., Heymsfield, S.B., Toyoshima, H., et al. (2005). Race-ethnicity-specific waist circumference cutoffs for identifying cardiovascular disease risk factors. *American Journal of Clinical Nutrition*, 81, 409-415.
- Zimond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário Soció-Demográfico.

Questionário Sócio-Demográfico

Data da avaliação: _____ **Processo n°:** _____

Terapeuta: _____

Identificação do Paciente

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ **Idade:** _____

Sexo: **Masculino** ____ **Feminino** ____

Estado Civil: **Solteiro** ____ **Casado/União de Facto** ____
Divorciado/Separado ____ **Viúvo** ____

Profissão/ Ocupação: **Empregado** ____ **Sem Emprego** ____
Estudante ____ **Reformado** ____ **Doméstico** ____

Habilitações Literárias _____

Peso _____ **Altura** _____ **IMC** _____

Tratamento

ANEXO 2

SF-36

SF-36

A MINHA SAÚDE

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

- Ótima..... 1
 Muito boa..... 2
 Boa..... 3
 Razoável..... 4
 Fraca..... 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

- Muito melhor..... 1
 Com algumas melhoras..... 2
 Aproximadamente igual..... 3
 Um pouco pior..... 4
 Muito pior..... 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor, assinala com um círculo um número em cada linha)

	SIM, MUITO LIMITADO/A	SIM, POUCO LIMITADO	NÃO, NADA LIMITADO
A. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos.....	1	2	3
B. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia.....	1	2	3
D. Subir <u>vários</u> lanços de escadas.....	1	2	3
E. Subir <u>um</u> lanço de escadas.....	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
G. Andar <u>mais de 1 Km</u>	1	2	3
H. Andar <u>vários</u> quarteirões.....	1	2	3
I. Andar <u>um</u> quarteirão.....	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-me sozinho.....	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?
(Por favor, em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim ou à volta do número 2, se a sua resposta for não)

	SIM	NÃO
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2
B. Fez menos do que queria.....	1	2
C. Sentiu-se limitado no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como, sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?
(Por favor, em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim ou à volta do número 2, se a sua resposta for não)

	SIM	NÃO
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2
B. Fez menos do que queria.....	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume.....	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada.....1
 Pouco.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Imenso.....5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas.....1
 Muito fracas.....2
 Ligeiras.....3
 Moderadas.....4
 Fortes.....5
 Muito fortes.....6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada.....1
 Pouco.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Imenso.....5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	SEMPRE	A MAIOR PARTE DO TEMPO	BASTANTE TEMPO	ALGUM TEMPO	POUCO TEMPO	NUNCA
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas quatro semanas**, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre.....1
 A maior parte do tempo.....2
 Algum tempo.....3
 Pouco tempo.....4
 Nunca.....5

11. Por favor, diga em que medida são **verdadeiras** ou **falsas** as seguintes afirmações.

(Por favor, assinale um número em cada linha)

	TOTALMENTE VERDADE	VERDADE	NÃO SEI	FALSO	TOTALMENTE FALSO
A. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é óptima.....	1	2	3	4	5

ANEXO 3

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (x) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase Nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos do que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a, que não consigo estar parado/a:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou de televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

