

Preferências alimentares em doentes submetidos a cirurgia bariátrica e relação com ansiedade, depressão, stresse e auto-eficácia alimentar.
Food preferences in patients submitted to bariatric surgery and relation with anxiety, depression, stress and eating self-efficacy.

Mónica Alexandra Silva Azevedo

ORIENTADO POR: PROFESSORA DOUTORA MARIA FLORA FERREIRA SAMPAIO CARVALHO CORREIA
COORIENTADO POR: PROF. DOUTOR BRUNO MIGUEL PAZ MENDES DE OLIVEIRA E PROF. DOUTOR RUI MANUEL DE ALMEIDA POÍNHOS

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO
1.º CICLO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO | UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO PORTO

TC

PORTO, 2021



Resumo

Introdução: A obesidade é uma patologia crónica frequentemente associada a depressão, ansiedade e outras doenças. A cirurgia bariátrica (CB) é amplamente considerada um tratamento efetivo a curto prazo. Porém, as preferências alimentares, a ansiedade, depressão, stresse e auto-eficácia alimentar (AEA) podem influenciar o efeito desta. **Objetivo:** Relacionar preferências alimentares com ansiedade, depressão, stresse, AEA e desejabilidade social (DS) em doentes submetidos a CB. **Metodologia:** Aplicou-se um protocolo, a doentes submetidos a CB, para avaliar as preferências alimentares, AEA, DS, ansiedade, depressão e stresse. Registou-se o IMC inicial, atual e a percentagem de excesso de peso perdido (%EPP). **Resultados:** Os níveis de ansiedade, depressão e stresse não se relacionaram com a %EPP, IMC atual e preferências alimentares. A DS correlacionou-se significativamente com maiores preferências por carne branca e grelhados e a AEA com maiores preferências por cereais ultra-processados. Maior %EPP e menor IMC atual correlacionam-se com maiores preferências por hortícolas e cozidos e menores preferências por refrigerantes. Maiores preferências por pão e tostas e por sobremesas doces relacionaram-se apenas com maior %EPP e maiores preferências por charcutaria com menor IMC atual. A ansiedade, stresse, depressão e DS não variaram com o tempo após CB. Contudo, a AEA foi mais elevada nos doentes avaliados nos primeiros 18 meses após CB, não se verificando diferenças em termos de ansiedade, stresse, depressão ou DS. **Conclusão:** Não se verificaram relações das preferências alimentares com ansiedade, depressão ou stresse. Porém, a AEA, DS, %EPP e IMC relacionaram-se com certas preferências.

Palavras-chave

Preferências alimentares; Depressão; Ansiedade; Auto-eficácia alimentar;
Desejabilidade social

Abstract

Introduction: Obesity is a chronic disease frequently associated with depression, anxiety and other diseases. Bariatric surgery (BS) is considered to be an effective treatment in the short term. However, food preferences, anxiety, depression, stress and eating self-efficacy (ESE) may influence the effectiveness of BS. **Aim:** To relate food preferences with anxiety, depression, stress, ESE and social desirability (SD) in patients submitted to BS. **Methodology:** A protocol was applied, to patients submitted to BS, to evaluate food preferences, ESE, SD, anxiety, depression and stress. Initial and current BMI and percentage of excess weight loss (%EWL) were collected. **Results:** Levels of anxiety, depression and stress were not related to %EWL, current BMI and food preferences. SD was significantly associated with higher preferences for white meat and grilled foods while ESE was only associated with higher preferences for ultra-processed cereals. Larger %EWL and smaller current BMI were correlated with higher preferences to vegetables and cooked foods and lower preferences for soft drinks. Larger preferences for bread and toasts and sweet desserts were associated to a larger %EWL, and higher preferences for delicatessen with smaller current BMI. Anxiety, stress, depression and SD did not change during the follow up after BS. However, ESE was higher in patients evaluated up to 18 months after BS, with no differences in anxiety, depression, stress and SD. **Conclusion:** There were no relationships between food preferences and anxiety, depression or stress. Nevertheless, ESE, SD, %EWL and current BMI are related to certain preferences.

Key words

Food Preferences; Depression; Anxiety; Eating self-efficacy; Social desirability

Lista de siglas e acrónimos

AEA - Auto-eficácia alimentar

BGYR - *Bypass* gástrico em Y de Roux

CB - Cirurgia bariátrica

CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário de São João

CRI - Centro de responsabilidade integrada

DS - Desejabilidade social

SG - *Sleeve* gástrico

%EPP - Percentagem de excesso de peso perdido

Sumário

Resumo	i
Palavras-chave	ii
Abstract	iii
Key words	iv
Lista de siglas e acrónimos	v
Sumário.....	vi
Introdução.....	1
Objetivo	3
Metodologia.....	3
Resultados.....	5
Discussão	10
Conclusão	15
Agradecimentos	16
Referências	17
Anexos e Apêndices.....	19

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a obesidade é uma doença crónica multifatorial que se caracteriza pela acumulação anormal ou excessiva de gordura, podendo prejudicar a saúde⁽¹⁾. A sua prevalência tem vindo a aumentar globalmente sendo que, em 2016, 22,3% da população portuguesa teria obesidade⁽²⁾. Uma vez que esta patologia aumenta o risco de desenvolver comorbilidades, como diabetes tipo II, doenças cardiovasculares ou hipertensão^(3, 4), tal prevalência é preocupante ao nível da saúde pública. Além disso, indivíduos com obesidade mórbida ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) apresentam um risco cinco vezes superior de depressão ou ansiedade, bem como apresentam pior qualidade de vida^(5, 6). Isto mostra a necessidade de tratar e prevenir a obesidade de forma efetiva e a longo prazo. Atualmente, são várias as abordagens para o tratamento da obesidade, nomeadamente reeducação alimentar e prática de exercício físico, terapêutica farmacológica e cirurgia bariátrica (CB)⁽⁴⁾.

Vários fatores podem influenciar a efetividade do tratamento da obesidade⁽⁷⁾. A presença de depressão e ansiedade pode prejudicar a perda de peso após CB⁽⁸⁾. Também as preferências alimentares podem favorecer, ou não, a adesão à terapêutica alimentar. A obesidade estar ou não associada a preferência por alimentos com teor elevado de gordura e açúcar, isto é, densamente energéticos, não é ainda consensual⁽⁹⁾.

A CB é aplicada quando outras abordagens não se demonstram efetivas⁽⁵⁾ e pode exercer o seu efeito através da redução da capacidade gástrica (técnicas restritivas), como o *sleeve* gástrico (SG), ou pela redução da capacidade da

absorção de nutrientes (técnicas mal absorptivas), como o *bypass* gástrico em Y de Roux (BGYR), técnica mista por combinar os dois efeitos anteriores ⁽¹⁰⁾. Diversos estudos referem que a CB é um tratamento eficaz a longo prazo na redução do peso corporal ⁽⁴⁾ e das comorbilidades associadas ⁽⁵⁾. No entanto, Silva *et al.* demonstraram que a média de variação de IMC pré e pós CB difere consoante o tipo de cirurgia e que se verifica um aumento significativo do IMC sensivelmente após os 18 meses no SG e após os 24 meses no BGYR ⁽¹¹⁾.

A efetividade da CB reflete-se, também, no aumento da qualidade de vida e saúde mental ⁽⁶⁾, verificando-se reduções na severidade da depressão e ansiedade sensivelmente entre os 12 e 24 meses pós CB ^(5, 12). No entanto, é comum verificar-se novamente um aumento desta sintomatologia posteriormente a esse período ^(12, 13). Estas alterações podem estar correlacionadas com variações no IMC ⁽¹²⁾, conseqüentes do grau de cumprimento da terapêutica alimentar prescrita após a intervenção. A adesão a esta terapêutica pode ser influenciada pela auto-eficácia alimentar (AEA), que corresponde à crença na capacidade de organizar e executar ações necessárias a alcançar um resultado relacionado com a alimentação. Esta pode ser utilizada como um preditor do comportamento alimentar ⁽¹⁴⁾, e certos autores verificam que um aumento de AEA pode prever uma perda de peso em excesso mais acentuada e vice versa ^(15, 16).

Assim, de modo a assegurar que o doente reúne condições para ser submetido a CB, o mesmo é avaliado psicologicamente previamente à intervenção. É comum os candidatos enviesarem as suas respostas por receio de uma não aprovação por parte da equipa multidisciplinar⁽¹⁷⁾. A desejabilidade social (DS), isto é, a tendência para enfatizar atitudes socialmente aceites ou qualidades e

minimizar fraquezas ou atitudes socialmente menos aceitáveis, pode influenciar este enviesamento ^(17, 18). Existem diversos trabalhos com foco na avaliação da DS no momento de avaliação psicológica prévia à intervenção cirúrgica; no entanto o mesmo não se verifica no estudo da DS em doentes após serem submetidos à mesma.

Objetivo

Estudar a relação entre as preferências alimentares e auto-eficácia alimentar, desejabilidade social, ansiedade, depressão, stresse, perda de peso e IMC em doentes submetidos a cirurgia bariátrica com um período de seguimento pós cirurgia entre 6 meses e 6 anos.

Metodologia

Amostra

Este estudo retrospectivo avaliou doentes submetidos a cirurgia bariátrica no Centro Hospitalar Universitário de São João E.P.E (CHUSJ) e acompanhados no Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) de Obesidade do CHUSJ, com período de seguimento pós-cirurgia entre 6 meses e 6 anos. Foi utilizado como critério de exclusão a dificuldade em preencher o protocolo, IMC pré cirurgia inferior a 35 kg/m² e a presença de diagnóstico de SARS-CoV-2, dado que esta infeção pode causar alterações sensoriais. Foram considerados para o estudo todos os doentes que tiveram consulta no CRI de obesidade e aceitaram participar no mesmo. A solicitação da participação do doente no estudo foi realizada durante a consulta de nutrição. O período de recolha de informação ocorreu entre maio e julho de 2021. Aceitaram participar 52 doentes, dos quais 10 foram posteriormente

excluídos devido ao preenchimento incorreto do protocolo e 3 devido a um IMC pré CB inferior a 35 kg/m^2 , perfazendo uma amostra de conveniência de 39 doentes. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) (Anexo A).

Recolha de dados

Na realização deste estudo utilizou-se informação recolhida num protocolo mais abrangente, de autopreenchimento, adaptado de Guyot *et al.* ⁽¹⁹⁾ (Apêndice A). Foram recolhidos os seguintes dados: sexo, idade, estatura, data e tipo de cirurgia bariátrica (SG ou BGYR), histórico ponderal, nomeadamente peso mínimo antes e após CB, peso pré CB e peso atual; foram calculados os IMC respetivos e percentagem de excesso de peso perdido (%EPP). A %EPP foi calculada segundo a fórmula: $[(\text{Peso pré CB} - \text{peso atual}) / (\text{Peso pré CB} - \text{Peso ideal para IMC de } 25 \text{ kg/m}^2)] * 100$. Consideraram-se quer os 18 quer os 24 meses como pontos de corte na criação de grupos visto serem pontos de seguimento em que se verifica um reganho de peso em média no SG (18 meses) e no BGYR (24 meses).

Para além disso, foi recolhida ainda informação sobre as preferências alimentares (subdivididas por grupos de alimentos e por métodos de confeção), e aplicaram-se a Escala de Auto-Eficácia Alimentar Global (EAEAG)⁽¹⁴⁾, a versão compósita da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne⁽¹⁸⁾ e a versão portuguesa da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress^(20, 21). Foi ainda registado se o doente tinha sido diagnosticado com SARS-CoV-2.

Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados do presente trabalho foi realizado no programa IBM SPSS Statistics versão 27.0 para Windows. Realizou-se a estatística

descritiva para todas as variáveis. Calculou-se a média (M), desvio padrão (DP), mínimo e máximo para as variáveis cardinais e frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis nominais. A normalidade das variáveis cardinais foi avaliada através do teste Kolmogorov-Smirnov. Calcularam-se correlações de Spearman (r_s) entre variáveis cardinais, testes de t-Student e de Mann-Whitney para comparar amostras independentes e teste de Wilcoxon para comparar amostras emparelhadas. Realizaram-se os testes estatísticos com confiança de 95%.

Resultados

A caracterização da amostra encontra-se descrita nas **tabelas 1 e 2**.

Tabela 1. Caracterização demográfica da amostra, tipo de CB realizada e tempo de seguimento após CB; *incluindo a consulta dos 18 meses; **incluindo a consulta dos 24 meses

	Sexo		Tipo cirurgia		Tempo de seguimento			
	Feminino	Masculino	BGYR	SG	Até consulta 18 meses*	Após consulta 18 meses	Até consulta 24 meses	Após consulta 24 meses**
n (%) n total = 39	33 (85)	6 (15)	29 (74)	10 (26)	16 (41)	23 (59)	22 (56)	17 (44)

Tabela 2. Características demográficas, antropométricas e psicológicas da amostra; %EPP (percentagem de excesso de peso perdido); AEA (Auto-eficácia alimentar); DS (Desejabilidade social); Ansiedade, Depressão e Stresse avaliadas pela escala versão portuguesa da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.

	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	45	12	21	67
IMC atual (kg/m ²)	29,1	4,7	21	41
IMC pré CB (kg/m ²)	43,4	3,9	36	55
IMC mínimo pós CB (kg/m ²)	28,0	5,0	21	41
%EPP	85,6	25	32	130
AEA	12,9	3,8	4,0	20,0
DS	8,6	2,1	3,0	12,0
Ansiedade	5,6	5,7	0	21
Stresse	7,6	5,3	0	21
Depressão	4,8	5,6	0	21

Compararam-se os doentes com seguimento inferior ou igual vs. superior a 18 meses em termos de diferença entre o IMC pré CB e o IMC atual e entre o IMC atual e o IMC mínimo atingido após CB (reganho de peso) (**Tabela 3**). Os resultados para a comparação usando como ponto de corte os 24 meses (dados não apresentados) foram sobreponíveis.

Tabela 3. Diferenças entre IMC pré CB e IMC atual (Teste t-Student*) e ganho de peso (Teste Wilcoxon**)

Diferença	Tempo de seguimento	Média	DP	p
IMC atual - IMC pré CB*	Até aos 18 meses	- 13,4	5,2	<0,001
IMC atual - IMC pré CB*	Após os 18 meses	- 15,0	4,4	<0,001
IMC atual - IMC mínimo pós CB**	Até aos 18 meses	0,1	0,3	0,051
IMC atual - IMC mínimo pós CB**	Após os 18 meses	1,8	1,7	<0,001

A %EPP e o IMC atual não se correlacionaram com os níveis de AEA (respetivamente: $r_s=0,260$, $p=0,110$; $r_s=0,046$, $p=0,376$), ansiedade ($r_s=-0,040$, $p=0,811$; $r_s=0,171$, $p=0,298$), depressão ($r_s=-0,055$, $p=0,741$; $r_s=0,221$, $p=0,177$), e stresse ($r_s=-0,089$, $p=0,928$; $r_s=0,149$, $p=0,365$) e DS ($r_s=0,047$, $p=0,778$; $r_s=-0,115$, $p=0,487$).

Relativamente às diferenças nos níveis de ansiedade, depressão, stresse, AEA e DS consoante o período de seguimento, isto é, antes e após a consulta dos 18 e 24 meses, estas foram avaliadas através do teste Wilcoxon. Não se identificaram diferenças nestes parâmetros quando comparados doentes com seguimento inferior ou superior a 24 meses. Porém, quando comparados por seguimento inferior ou superior a 18 meses, verificaram-se diferenças na AEA ($p=0,003$) observando-se níveis superiores no grupo com seguimento inferior a 18 meses ($M=15,1$; $DP=2,9$ vs. $M=11,3$; $DP=3,7$). Não houve diferenças nos níveis de DS ($p=0,817$), ansiedade ($p=0,509$), depressão ($p=0,535$) ou stresse ($p=0,688$) quando avaliados desta forma.

No **gráfico 1** estão representadas as respostas relativas às preferências dos alimentos e métodos de confeção. Os doentes indicaram ter maior preferência por fruta fresca, hortícolas, cozidos, pescados, sopa e menor preferência por bebidas alcoólicas, fritos, leite, refrigerantes, cereais ultra-processados (que inclui cereais de pequeno-almoço e barras de cereais) e snacks, salgados e pizzas.

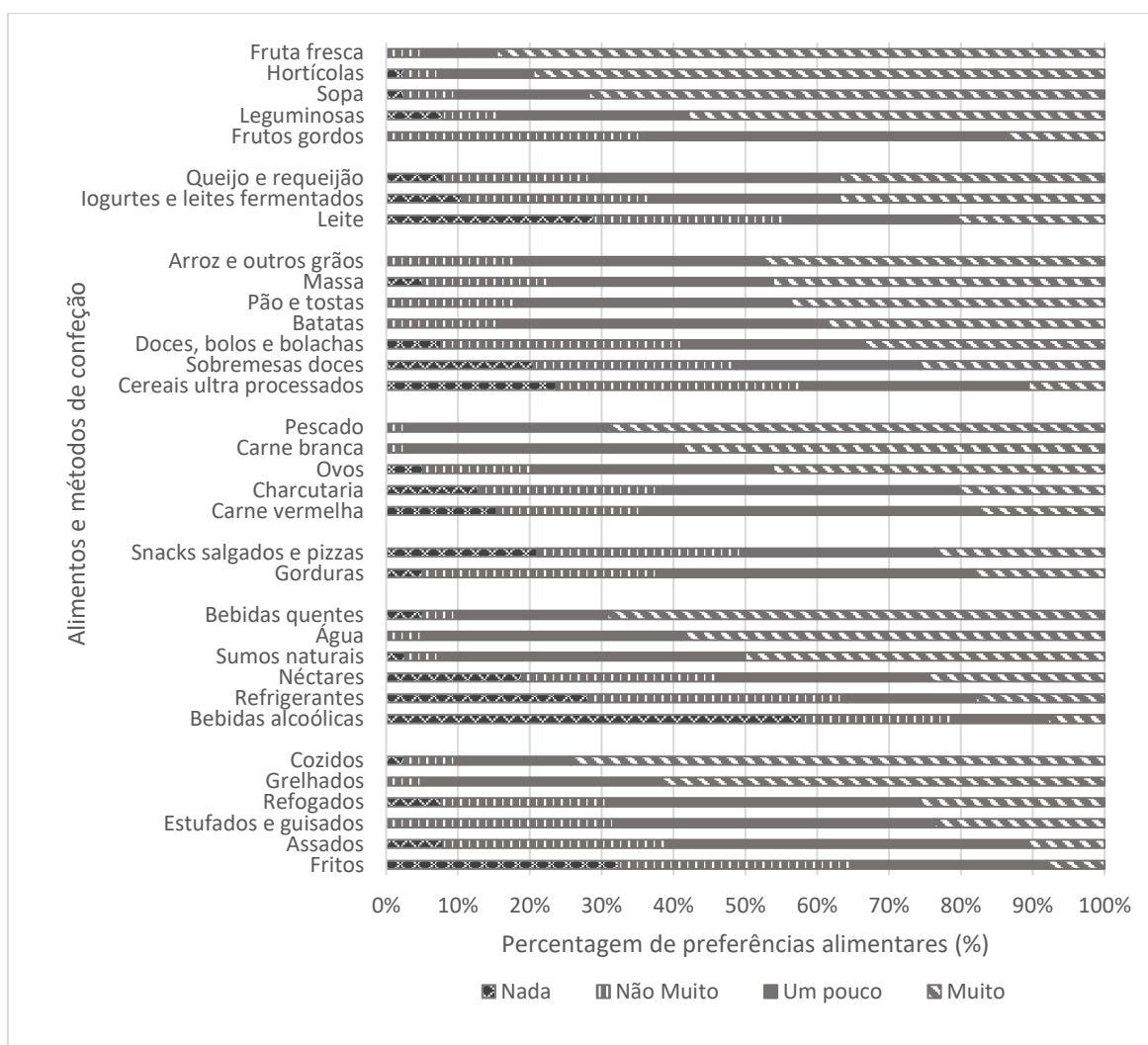


Gráfico 1. Preferências alimentares reportadas pelos doentes.

Relativamente às preferências alimentares, foram comparadas as respostas dos doentes divididos segundo o tempo de seguimento verificando-se nos primeiros 18 meses uma menor preferência por hortícolas e cozidos e maior preferência por cereais ultra-processados (Gráfico 2). Aos 24 meses apenas se verificou haver menor preferência por hortícolas nos doentes avaliados nos primeiros 24 meses ($p = 0,044$).

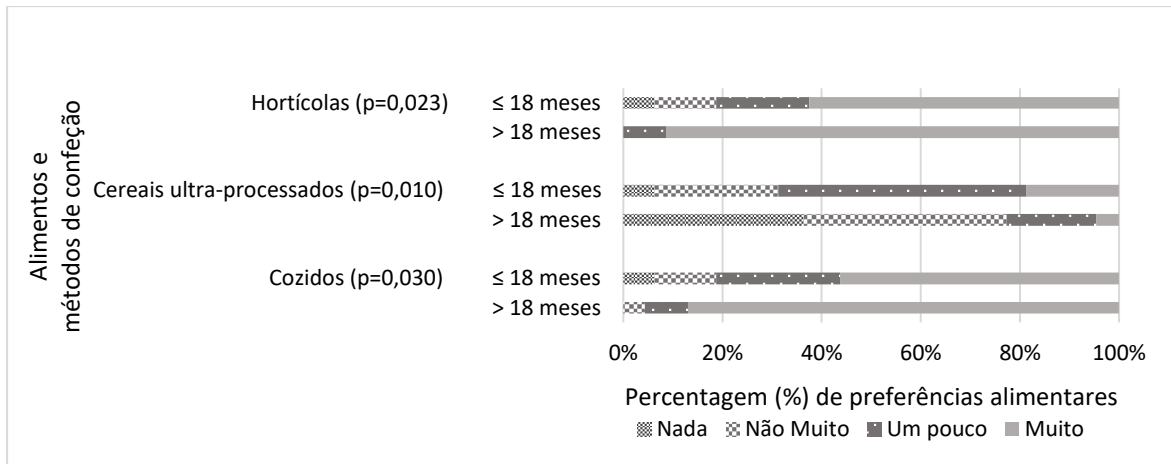


Gráfico 2. Diferenças significativas das preferências alimentares entre doentes com seguimento inferior e superior a 18 meses.

Na **Tabela 4** apresentam-se as associações das preferências alimentares com os níveis de ansiedade, stresse, depressão, DS, AEA, IMC atual e %EPP. A DS correlacionou-se significativamente com maior preferência por carne branca e grelhados e a AEA com maior preferência por cereais ultra-processados. Maior %EPP e menor IMC atual correlacionaram-se com maior preferência por hortícolas e cozidos e menor preferência por refrigerantes. Maior preferência por pão e tostas e por sobremesas doces relacionaram-se apenas com maior %EPP e maior preferência por charcutaria com menor IMC atual.

Tabela 4. Correlação entre preferências alimentares e IMC atual, Percentagem de excesso de peso perdido (%EPP), Auto-eficácia alimentar (AEA), Ansiedade, Depressão, Stresse e Desejabilidade Social (DS).

Preferências alimentares		IMC atual	%EPP	AEA	Ansiedade	Depressão	Stress	DS
Hortícolas	r _s	-0,392	0,363	0,009	0,006	-0,020	0,031	0,174
	p	0,014	0,023	0,955	0,970	0,905	0,853	0,290
Fruta fresca	r _s	-0,277	0,276	0,081	0,112	0,068	0,092	0,167
	p	0,088	0,089	0,622	0,497	0,682	0,579	0,309
Frutos gordos	r _s	0,200	-0,212	-0,054	-0,197	-0,195	-0,105	0,164
	p	0,221	0,194	0,744	0,228	0,234	0,524	0,319
Leguminosas	r _s	-0,141	0,267	0,104	-0,036	-0,018	-0,054	-0,153
	p	0,391	0,101	0,528	0,828	0,914	0,745	0,353
Sopa	r _s	-0,277	0,199	-0,038	0,123	0,095	0,168	0,305
	p	0,088	0,225	0,818	0,457	0,563	0,306	0,059
Leite	r _s	0,213	-0,169	0,196	0,145	0,175	0,035	-0,165
	p	0,193	0,304	0,233	0,379	0,286	0,835	0,316
Iogurtes e leites fermentados	r _s	0,017	-0,035	0,267	-0,073	-0,106	-0,193	0,002
	p	0,917	0,833	0,101	0,658	0,521	0,239	0,992
Queijo requeijão	r _s	0,066	-0,034	0,307	-0,287	-0,313	-0,244	-0,074
	p	0,689	0,835	0,057	0,076	0,053	0,134	0,652
Arroz e outros grãos	r _s	-0,177	0,279	-0,316	-0,171	-0,115	-0,138	0,082
	p	0,281	0,085	0,050	0,299	0,487	0,403	0,618
Massa	r _s	-0,147	0,280	-0,190	0,144	0,055	0,117	-0,006
	p	0,373	0,084	0,248	0,383	0,740	0,478	0,972
Batatas	r _s	-0,286	0,282	-0,275	-0,041	-0,113	0,021	-0,018
	p	0,077	0,082	0,091	0,804	0,492	0,898	0,914
Pão e tostas	r _s	-0,141	,343	-0,146	-0,164	-0,098	-0,035	-0,101
	p	0,392	0,032	0,374	0,320	0,552	0,833	0,541
Cereais ultra-processados	r _s	0,107	-0,202	,331	-0,060	-0,095	-0,008	-0,189
	p	0,517	0,218	0,039	0,715	0,564	0,960	0,249
Doces, bolos e bolachas	r _s	-0,060	0,205	-0,161	-0,019	0,043	0,055	-0,227
	p	0,718	0,211	0,327	0,908	0,795	0,739	0,166
Sobremesas doces	r _s	-0,187	,318	-0,096	-0,193	-0,165	-0,069	-0,084
	p	0,255	0,048	0,562	0,240	0,317	0,676	0,611
Carne vermelha	r _s	-0,065	0,041	-0,004	0,015	0,052	0,136	0,056
	p	0,694	0,804	0,979	0,930	0,752	0,408	0,734
Carne branca	r _s	-0,166	0,153	-0,096	0,015	-0,036	-0,053	0,549
	p	0,314	0,353	0,561	0,930	0,830	0,750	<0,001
Charcutaria	r _s	-,352	0,254	-0,013	-0,131	-0,107	-0,001	-0,062
	p	0,028	0,119	0,936	0,427	0,516	0,994	0,709
Pescado	r _s	-0,171	0,236	-0,043	0,087	0,013	0,193	-0,001
	p	0,297	0,147	0,796	0,597	0,938	0,239	0,997
Ovos	r _s	0,019	0,067	0,054	-0,068	-0,133	0,087	-0,007
	p	0,907	0,686	0,746	0,679	0,419	0,598	0,964
Snacks, salgados e pizzas	r _s	0,103	-0,031	-0,126	0,185	0,122	0,118	-0,244
	p	0,534	0,853	0,446	0,259	0,459	0,475	0,134
Gorduras	r _s	0,065	-0,004	-0,299	0,135	0,008	-0,012	0,066
	p	0,696	0,980	0,064	0,412	0,963	0,943	0,688
Água	r _s	-0,011	0,016	0,020	-0,052	0,044	0,098	0,283
	p	0,946	0,923	0,905	0,755	0,792	0,554	0,081
Refrigerantes	r _s	,351	-,337	0,165	-0,089	-0,063	-0,069	-0,107
	p	0,028	0,036	0,317	0,589	0,701	0,678	0,517
Sumos naturais	r _s	0,120	-0,152	0,197	-0,121	-0,117	-0,196	0,085
	p	0,468	0,357	0,230	0,462	0,479	0,231	0,607
Néctares	r _s	0,021	-0,065	0,073	0,063	0,048	-0,052	-0,245
	p	0,898	0,693	0,659	0,705	0,772	0,752	0,133
Bebidas alcoólicas	r _s	-0,198	0,079	0,274	-0,196	-0,104	-0,096	-0,187
	p	0,228	0,635	0,092	0,231	0,530	0,560	0,256
Bebidas quentes	r _s	-0,120	0,189	0,055	0,173	0,050	0,132	0,042
	p	0,467	0,248	0,741	0,292	0,761	0,423	0,801
Fritos	r _s	0,053	-0,088	-0,073	-0,219	-0,103	-0,101	-0,121
	p	0,748	0,595	0,660	0,180	0,533	0,541	0,465
Assados	r _s	0,162	-0,223	-0,067	0,055	0,073	0,075	0,134
	p	0,326	0,172	0,685	0,740	0,657	0,648	0,415
Grelhados	r _s	-0,230	0,285	-0,090	-0,161	-0,217	-0,214	,460
	p	0,159	0,079	0,586	0,327	0,184	0,191	0,003
Cozidos	r _s	-0,430	0,350	-0,262	0,048	-0,116	-0,104	0,135
	p	0,006	0,029	0,107	0,772	0,480	0,527	0,413
Estufados guisados	r _s	-0,130	0,149	-0,250	-0,084	-0,004	0,013	0,104
	p	0,430	0,365	0,124	0,610	0,979	0,936	0,530
Refogados	r _s	0,032	0,046	-0,161	-0,160	-0,135	-0,170	0,181
	p	0,846	0,782	0,328	0,331	0,411	0,302	0,269

Discussão

Atualmente, existem estudos com foco nas alterações das preferências alimentares ⁽¹⁹⁾ e sua relação com o sucesso na CB e outros com foco na evolução dos parâmetros psicopatológicos e psicossociais em doentes submetidos a cirurgia bariátrica^(5, 12, 15, 22). Contudo, não foram encontrados estudos desenhados para estudar transversalmente a relação entre as preferências alimentares e ansiedade, depressão, stresse, AEA e DS após CB, o que limita a discussão deste tópico. Por outro lado, realça a importância deste trabalho, pois, como referido anteriormente, as preferências alimentares podem ser benéficas ou prejudiciais à adesão da terapêutica e a presença de depressão, ansiedade ou stresse podem alterar estas mesmas preferências. Certos autores afirmam que a depressão está associada a um aumento de preferência por alimentos com mais açúcar e gordura ⁽²³⁾, e que situações stressantes aumentam a procura destes mesmos alimentos com elevada palatabilidade em doentes obesos ^(24, 25). Para além disso, Spinelli *et al.* verificaram diferenças significativas na perda de peso entre doentes obesos submetidos a CB com ansiedade e depressão e doentes sem estas patologias ⁽⁹⁾.

À semelhança do trabalho de Guyot *et al.*, alguns dos grupos de alimentos pelos quais os doentes assinalaram ter maior preferência foram a fruta fresca, hortícolas e bebidas quentes, sendo os menos preferidos os fritos, bebidas alcoólicas, gorduras e leite. Quando comparadas as preferências dos doentes com tempo de seguimento inferior ou superior a 24 meses, os resultados deste estudo, embora não significativos, são concordantes a Guyot *et al.*, pois os doentes avaliados após os 24 meses possuíam maior preferência por gorduras, pão e tostas. O reduzido tamanho da amostra avaliada poderá explicar a ausência de resultados significativos.

Para além destes, nesta amostra, a sopa, leguminosas, pescado, carne branca, água, sumos naturais, cozidos e grelhados obtiveram preferências mais elevadas. Por outro lado, os assados, cereais ultra-processados, frutos gordos, carne vermelha, charcutaria, estufados e guisados, néctares e snacks, salgados e pizzas obtiveram menores níveis de preferências. Assim, estes doentes manifestaram ter maior preferência por alimentos informalmente associados a uma alimentação saudável e menor preferência pelos alimentos informalmente identificados como mais prejudiciais para a saúde.

Verificou-se também que uma maior preferência por hortícolas, pão e tostas, cozidos e sobremesas doces e menor preferência por refrigerantes correlaciona-se positivamente, embora fracamente, com uma maior %EPP. Estes resultados vão, em parte, de acordo com Guyot *et al.*, que verificaram que doentes com sucesso na CB, isto é, com uma %EPP $\geq 50\%$, apresentavam maior preferência por vegetais verdes ⁽¹⁹⁾. Com exceção das sobremesas doces, tais associações podem ser explicadas por serem alimentos com baixa densidade energética que facilitam a restrição energética imposta na terapêutica alimentar. Assim, doentes com maior preferência por estes alimentos teriam, à partida, mais facilidade de perder peso. A correlação significativa das sobremesas doces com a %EPP pode, eventualmente, ser justificada pelo facto de se ter avaliado preferências, não se traduzindo obrigatoriamente para um consumo destes alimentos. Ou ainda, pela ambiguidade deste termo, sendo que os participantes podem ter considerado representantes deste grupo de alimentos de várias formas, com maior ou menor valor energético (por exemplo gelatina comparativamente a um pastel).

Este trabalho verificou que houve uma diminuição significativa do IMC pré CB para o IMC atual quer no grupo com seguimento superior a 18 ou 24 meses, quer no grupo com seguimento inferior. Porém, identificou-se um reganho de peso significativo nos doentes avaliados após a consulta dos 18 e dos 24 meses. Resultados concordantes com Silva *et al.*, que demonstraram, num estudo com 800 doentes, que após o período de 18 a 24 meses e dependendo do tipo de CB, existia um aumento significativo de peso, realçando a dificuldade a longo prazo do tratamento da obesidade ⁽¹¹⁾.

As baixas correlações entre a DS e a generalização dos grupos dos alimentos indica que esta não será um fator preponderante nas respostas dadas às preferências alimentares. Pese embora uma maior DS estar significativamente associada a uma maior preferência por carnes brancas e grelhados. Tal pode ser justificado por estes dois alimentos serem amplamente considerados saudáveis pela generalidade da população e, por isso, doentes com maiores níveis de DS assumirem que devem afirmar uma preferência maior por este tipo de alimentos de modo a evitar uma desaprovação.

Uma vez analisada a relação entre IMC atual e as preferências alimentares, identificou-se que uma maior preferência por hortícolas, cozidos e charcutaria correlaciona-se negativamente com o IMC, com exceção dos refrigerantes cuja correlação é positiva. Todas estas correlações são significativas, mas fracas. Estes resultados podem ser explicados de forma similar às correlações com %EPP, estando as hortícolas e os cozidos incluídos numa alimentação com baixo valor energético. O resultado referente ao grupo da charcutaria poderá ser interpretado de várias formas, visto que pode incluir alimentos menos ou mais densamente energéticos (por exemplo, fiambre comparativamente a chouriço).

Ainda relativamente às preferências, não foram encontradas correlações com os níveis de ansiedade, depressão e stresse, contrariamente a Fernstrom *et al.* que relacionaram ansiedade e depressão com preferências por alimentos mais ricos em gordura e açúcar⁽²³⁾. Por outro lado, níveis mais elevados de AEA correlacionaram-se com maior preferência por cereais ultra-processados.

Diversos trabalhos avaliam a evolução da depressão e ansiedade em doentes submetidos a CB. Os resultados deste estudo não identificam diferenças significativas nestes parâmetros, nem nos níveis de stresse, entre doentes com seguimento inferior ou superior a 18 e 24 meses. Estes resultados são opostos aos de certos trabalhos, que identificaram melhorias neste tipo de sintomatologia após 2 anos de CB, relativamente ao pré-operatório ⁽¹²⁾. Porém, importa realçar que o presente trabalho não avaliou a severidade pré-operatória destas condições, não sendo possível estudar a evolução intrapessoal das mesmas.

Não se verificaram correlações significativas entre ansiedade, depressão ou stresse e a %EPP ou IMC atual. Estes resultados são parcialmente concordantes com os de Burgmer *et al.*, que também não identificaram correlações significativas entre a percentagem de perda de peso, relativamente ao peso inicial, e pontuações de ansiedade, medidos pela escala HADS de ansiedade, depressão e stresse, porém verificaram uma associação significativa e positiva com o nível de depressão e a percentagem de perda de peso ⁽¹²⁾.

No que diz respeito à DS, existem diversos estudos que estudam os níveis da mesma aquando da avaliação psicológica pré CB ^(17, 22). No entanto, não se identificaram trabalhos com foco na DS em doentes submetidos a CB. Assim, neste estudo avaliou-se a DS em diferentes tipos de doentes, com seguimento pós CB

inferior ou superior a 18 e 24 meses, sendo que não se verificaram diferenças significativas entre os grupos.

Por outro lado, uma vez analisados os níveis de AEA nos mesmos grupos, verificou-se existirem diferenças significativas quando divididos por seguimento inferior ou superior a 18 meses. Nomeadamente, os doentes com seguimento até à consulta dos 18 meses apresentam níveis de AEA mais elevados, possivelmente por ser mais provável ainda estarem a perder peso.

Relativamente à %EPP e IMC atual não se verificaram correlações significativas com a AEA, contrariamente a Flolo *et al.* que verificaram que um aumento de AEA previu uma maior percentagem de excesso de IMC perdido, aos 55 meses, em doentes submetidos a SG ⁽¹⁶⁾ e, ainda, segundo Batsis *et al.*, uma perda de peso pode prever um aumento de AEA em doentes submetidos a CB ⁽¹⁵⁾.

Este trabalho, tal como o de Guyot *et al.*, utilizou um protocolo de autopreenchimento desenhado para avaliar os parâmetros estudados. Permitiu explorar a relação da AEA, DS, ansiedade, depressão e stresse com as preferências alimentares, todos eles parâmetros importantes na adesão à terapêutica da CB. Porém, apresenta certas limitações. Tratando-se de um estudo retrospectivo, não foi possível avaliar a ansiedade, depressão, stresse, DS e AEA previamente à cirurgia. Sendo, assim, um aspeto a considerar quando se compara os resultados com outros trabalhos que avaliam a evolução destas patologias entre o pré e pós-operatório nos mesmos doentes. Adicionalmente, atendendo à transversalidade deste estudo, não se podem inferir relações causais entre a obesidade e os restantes parâmetros estudados. Assim, são necessários mais estudos que permitam avaliar estes parâmetros previamente à cirurgia e durante o tempo de

seguimento após submissão à CB, de modo a averiguar a relação intrapessoal e temporal destes parâmetros.

Conclusão

De uma forma geral, este trabalho concluiu que não se verificam diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stresse mediante a duração do período pós-operatório, nem se verifica relação entre estes três parâmetros e o IMC atual e %EPP. O mesmo se constatou na DS. Contudo, os níveis de AEA foram superiores em doentes com seguimento inferior a 18 meses, mas não se relacionam significativamente com o IMC atual ou %EPP. Apesar da diferença de IMC pré e pós CB ser significativa em todos os doentes, observou-se um reganho de peso significativo após a consulta dos 18 e 24 meses. Relativamente às preferências alimentares, observou-se que, globalmente, havia maiores preferências por alimentos informalmente associados a uma alimentação saudável e menores preferências por alimentos informalmente associados como piores para a saúde.

Constatou-se, ainda, que: menores valores do IMC atual ou maiores %EPP estavam associados a maiores preferências por hortícolas e cozidos; maiores preferências por charcutaria associavam-se a menor IMC atual e maiores preferências por sobremesas doces, pão e tostas estavam associados a uma maior %EPP. Por fim, as preferências alimentares não tinham qualquer associação significativa com ansiedade, depressão e stresse, relacionando-se apenas maiores preferências por cereais ultra-processados com maiores níveis de AEA e maiores preferências por carnes brancas e grelhados com maiores níveis de DS.

Agradecimentos

À Professora Doutora Flora Correia, minha orientadora, pelo apoio fundamental na realização deste trabalho, pelos ensinamentos e conselhos ao longo destas 20 semanas.

Aos Profs. Doutores Bruno Oliveira e Rui Poínhos pelos ensinamentos e acompanhamento constante ao longo deste projeto.

À minha colega de estágio Joana, pela entreaajuda, trabalho de equipa e companheirismo ao longo deste percurso.

Aos doentes do CHUSJ pela participação voluntária neste estudo.


Referências

1. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894:i-xii, 1-253.
2. Carla Lopes DT, Andreia Oliveira, Milton Severo, Violeta Alarcão, Sofia, Guiomar JM, Pedro Teixeira, Sara Rodrigues, Liliane Lobato, Vânia Magalhães, Daniela, Correia CC, Andreia Pizarro, Adilson Marques, Sofia Vilela, Luísa Oliveira, Paulo, Nicola SS, Elisabete Ramos. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016, Relatório de resultados. www.ian-af.up.pt: Universidade do Porto; 2017.
3. Djalalinia S, Qorbani M, Peykari N, Kelishadi R. Health impacts of Obesity. Pak J Med Sci. 2015; 31(1):239-42.
4. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obes Facts. 2015; 8(6):402-24.
5. Gill H, Kang S, Lee Y, Rosenblat JD, Brietzke E, Zuckerman H, et al. The long-term effect of bariatric surgery on depression and anxiety. J Affect Disord. 2019; 246:886-94.
6. Sierżantowicz R, Lewko J, Hady HR, Kirpsza B, Trochimowicz L, Dadan J. Effect of BMI on quality of life and depression levels after bariatric surgery. Adv Clin Exp Med. 2017; 26(3):491-96.
7. Correia F, Pinhão S, Poínhos R, Oliveira BMPM, Almeida, MDV, et al. Obstacles in dietary treatment of obesity. Obesity and Metabolism. 2009; 5:107-13.
8. Legenbauer T, De Zwaan M, Benecke A, Uuml, Hlhans B, Petrak F, et al. Depression and Anxiety: Their Predictive Function for Weight Loss in Obese Individuals. Obesity Facts. 2009; 2(4):227-34.
9. Spinelli S, Monteleone E. Food Preferences and Obesity. Endocrinol Metab (Seoul). 2021; 36(2):209-19.
10. Ciobârcă D, Cătoi AF, Copăescu C, Miere D, Crişan G. Bariatric Surgery in Obesity: Effects on Gut Microbiota and Micronutrient Status. Nutrients. 2020; 12(1):235.
11. Silva LB, Oliveira B, Correia F. Evolution of body composition of obese patients undergoing bariatric surgery. Clin Nutr ESPEN. 2019; 31:95-99.
12. Burgmer R, Legenbauer T, Müller A, de Zwaan M, Fischer C, Herpertz S. Psychological outcome 4 years after restrictive bariatric surgery. Obes Surg. 2014; 24(10):1670-8.
13. White MA, Kalarchian MA, Levine MD, Masheb RM, Marcus MD, Grilo CM. Prognostic Significance of Depressive Symptoms on Weight Loss and Psychosocial Outcomes Following Gastric Bypass Surgery: A Prospective 24-Month Follow-Up Study. Obes Surg. 2015; 25(10):1909-16.
14. Poínhos R, Canelas H, Oliveira BMPM, Correia F. Desenvolvimento e validação de uma escala de auto-eficácia alimentar. 2013
15. Batsis JA, Clark MM, Grothe K, Lopez-Jimenez F, Collazo-Clavell ML, Somers VK, et al. Self-efficacy after bariatric surgery for obesity. A population-based cohort study [Article]. Appetite. 2009; 52(3):637-45.
16. Flølo TN, Tell GS, Kolotkin RL, Aasprang A, Norekvål TM, Våge V, et al. Eating self-efficacy as predictor of long-term weight loss and obesity-specific

- quality of life after sleeve gastrectomy: A prospective cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2019; 15(2):161-67.
17. Butt M, Wagner A, Rigby A. Associations of Social Desirability on Psychological Assessment Outcomes for Surgical Weight Loss Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2021; 28(2):384-93.
 18. Pechorro P, Vieira R, Poiães C, Maroco J. Contributos para a validação duma versão curta da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne com adolescentes portugueses. *Arquivos de Medicina*. 2012; 26:103-08.
 19. Guyot E, Dougkas A, Robert M, Nazare JA, Iceta S, Disse E. Food Preferences and Their Perceived Changes Before and After Bariatric Surgery: a Cross-sectional Study. *Obes Surg*. 2021
 20. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995; 33(3):335-43.
 21. Pais-Ribeiro J, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologica*. 2004; 36
 22. Ambwani S, Boeka AG, Brown JD, Byrne TK, Budak AR, Sarwer DB, et al. Socially desirable responding by bariatric surgery candidates during psychological assessment. *Surg Obes Relat Dis*. 2013; 9(2):300-5.
 23. Fernstrom MH, Krowinski RL, Kupfer DJ. Appetite and food preference in depression: Effects of imipramine treatment [Article]. *Biological Psychiatry*. 1987; 22(5):529-39.
 24. Leigh Gibson E. Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways [Article]. *Physiology and Behavior*. 2006; 89(1):53-61.
 25. Yau YH, Potenza MN. Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinol*. 2013; 38(3):255-67.

Anexos e Apêndices

Anexo A - Aprovação do estudo pela Comissão de Ética para a Saúde do CHUSJ/FMUP

<p>Unidade de Investigação</p> <p>Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC.</p> <p>12 de Julho de 2021</p> <p>A Coordenadora da Unidade de Investigação</p> <p></p> <p>(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)</p>
--



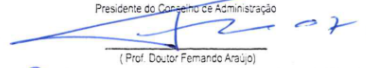




n.º 207/21

DIREÇÃO CLÍNICA
2021, 7, 13

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - REUNIÃO DE			
Presidente do Conselho de Administração			
			
(Prof. Doutor Fernando Araújo)			
Direção Clínica	Enfermagem Diretores	Vogal Executivo	Vogal Executivo
			
Prof.ª Doutora Maria João Sampaio	Enf.ª Flávia Cardoso	Dr. Lu.º Mário Gomes	Sofia Leal

Nome do Investigador Principal:

Maria Flora Ferreira Sampaio de Carvalho Correia

Título da Investigação:

Alterações sensoriais e das preferências alimentares em doentes submetidos a cirurgia bariátrica e relação com ansiedade, depressão, stresse e autoeficácia alimentar.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

CRI Obesidade

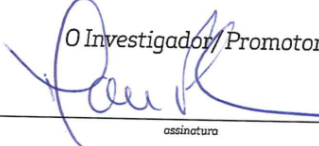
a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 3 de Maio de 2021.

O Investigador/Promotor




assinatura


SÃO JOÃO

Encarregado de Proteção de Dados
Data Protection Officer

Entrada 

• Centro Hospitalar São João •
Centro de Epidemiologia Hospitalar



Apêndice A - Protocolo aplicado aos participantes - Página 1

QUESTIONÁRIO

“Alterações sensoriais e das preferências alimentares em doentes submetidos a cirurgia bariátrica e relação com ansiedade, depressão, stresse e auto-eficácia alimentar”

• Secção 1 – Dados Sociodemográficos e da Cirurgia Bariátrica

Nesta secção estão incluídas perguntas de caracterização sociodemográfica e questões relacionadas com a cirurgia bariátrica a que foi submetido/a. Responda de acordo com a sua situação atual e pessoal.

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Estatura: _____ metros

4. Em média, durante quanto tempo pratica atividade física por dia? (ex: corrida, caminhada, ciclismo,...)

5. Era fumador/a antes da cirurgia?

Sim Não

6. Atualmente, é fumador/a?

Sim Não

7. A que tipo de cirurgia bariátrica foi submetido/a?

Bypass Gástrico Sleeve Gástrico

8. Data da cirurgia bariátrica: _____

9. Indique o seu peso:

	Mínimo pré cirurgia (>18 anos)	Máximo pré cirurgia (>18 anos)	Imediatamente antes da cirurgia	Mínimo pós-cirurgia	Atual
Peso (kg)					

10. Data do peso mínimo que atingiu após a cirurgia: _____

Apêndice A - Protocolo aplicado aos participantes - Página 4

• Secção 4 – Alterações no paladar após a cirurgia

Esta secção inclui perguntas sobre as alterações que sentiu no seu paladar após a cirurgia.
Responda de acordo com a sua experiência pessoal.

13. Considera que, após a cirurgia, o sabor dos alimentos/bebidas ficou alterado:

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

13.1. Se respondeu que Concorda ou Concorda totalmente, considera que o sabor de algum(ns) alimento(s) ficou **mais intenso**?

- Sim Não

13.1.1. Se respondeu "sim", refira qual/quais:

13.2. Se respondeu que Concorda ou Concorda totalmente, considera que o sabor de algum(ns) alimento(s) ficou **menos intenso**?

- Sim Não

13.2.1. Se respondeu "sim", refira qual/quais:

14. Notou alguma outra alteração no sabor dos alimentos/bebidas após a cirurgia (ex: sabor metálico na boca)?

- Sim Não

14.1. Se sim, especifique: _____

• Secção 5 – Alterações no olfato após a cirurgia

Esta secção inclui perguntas sobre as alterações que sentiu no seu olfato após a cirurgia.
Responda de acordo com a sua experiência pessoal.

15. Considera que, após a cirurgia, o cheiro dos alimentos/bebidas ficou alterado:

- Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

15.1. Se respondeu que Concorda ou Concorda totalmente, considera que o cheiro de algum(ns) alimento(s) ficou **mais intenso**?

- Sim Não

15.1.1. Se respondeu "sim", refira qual/quais:

Apêndice A - Protocolo aplicado aos participantes - Página 5

15.2. Se respondeu que Concorda ou Concorda totalmente, considera que o cheiro de algum(ns) alimento(s) ficou **menos intenso**?

Sim Não

15.2.1. Se respondeu "sim", refira qual/quais:

• Secção 6 – Rejeições alimentares

Esta secção inclui perguntas sobre as rejeições alimentares que experienciou após a cirurgia. Responda de acordo com a sua experiência pessoal.

16. Neste momento, estes alimentos / bebidas não são apetitosos (por exemplo, não me agradam ou eu não quero):

17. Neste momento, estes alimentos / bebidas dão-me aversão (por exemplo, considero-os repulsivos ou repugnantes):

18. Neste momento, não suporto estes alimentos / bebidas (por exemplo, dão-me náuseas ou dor):

• Secção 7 – Auto-eficácia alimentar (Adaptação da Escala de Auto-Eficácia Alimentar Global - EAEAG, por Poínhos R, Canelas H, Oliveira BMPM, & Correia F, 2013)

Nesta secção encontrará afirmações que dizem respeito à forma como lida com a sua alimentação. Indique o quanto concorda com cada uma das afirmações, colocando um X no quadrado respectivo. Responda com base na sua maneira de ser habitual.

Item	Não concordo	Concordo Pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
Desisto de controlar a minha alimentação quando encontro dificuldades					
Sou rápida(o) a tomar decisões e a implementar medidas para controlar a minha alimentação					
Enfrento e resolvo os problemas relativos ao controlo da minha alimentação					

Apêndice A - Protocolo aplicado aos participantes - Página 6

Item	Não concordo	Concordo Pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
Sou persistente a resolver as dificuldades em controlar a minha alimentação					
Encontro sempre energia para vencer as dificuldades em controlar a minha alimentação					

• **Secção 8 – Ansiedade/Depressão/Stresse** (Adaptação da Escala EADS-21 de Lovibond e Lovibond - adaptação portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004)

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

A classificação é a seguinte:

- 0: não se aplicou nada a mim
- 1: aplicou-se a mim algumas vezes
- 2: aplicou-se a mim muitas vezes
- 3: aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldades em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência em reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., não mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3

Apêndice A - Protocolo aplicado aos participantes - Página 7

18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

• **Secção 9 – Desejabilidade social** (Adaptação da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne por Ballard - versão curta por Pechorro, Vieira, Poiares, & Maróco, 2012)

Nesta secção encontrará afirmações relativamente ao contexto social em que se insere. Por favor assinale com um X a resposta que mais se adequa à sua situação pessoal.

Item	Sim	Não
Por vezes, quando não consigo o que quero fico chateado(a).		
Já me aconteceu desistir de fazer certas coisas por pensar que não tinha capacidade para as fazer.		
Já senti vontade de me revoltar contra as pessoas com mais autoridade do que eu, apesar de saber que elas tinham razão.		
Ouçó sempre com muita atenção todas as pessoas com quem falo, sejam elas quem forem.		
Já fingi estar doente para me safar de uma situação.		
Já me aproveitei de outras pessoas para meu benefício pessoal.		
Quando cometo um erro estou sempre disposta a admitir que o cometi.		
Por vezes, tento vingar-me em vez de perdoar e esquecer.		
Sou sempre simpático, mesmo se as pessoas são mal-educadas para mim.		
Nunca me aborreci quando as pessoas tinham ideias contrárias às minhas.		
Houve alturas em que tive bastante inveja da boa sorte dos outros.		
Por vezes, fico irritado com as pessoas que insistem em me pedir favores.		
Nunca disse coisas para magoar os sentimentos de outra pessoa.		

O questionário termina aqui.

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

