



DESEJABILIDADE SOCIAL
NUMA POPULAÇÃO
COM EXCESSO DE PESO

ANA CRISTINA DA CUNHA LEÃO BRONZE RAMOS

2011

Dissertação de tese apresentada à Faculdade de Ciências da
Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto com vista à
obtenção do grau de mestre em Nutrição Clínica

ORIENTADORA

Professora Doutora Maria Flora Correia
Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade
do Porto

AGRADECIMENTOS

Há momentos nas nossas vidas em que são colocadas à prova todas as nossas capacidades de resistência e coragem, em que o cansaço ultrapassa a fadiga e em que, mais do que nunca, sabemos e sentimos que só conseguimos vencer porque não estamos sós. Para a maior parte daqueles que tanto contribuíram na elaboração desta tese, não há palavras suficientes para transmitir o que sinto e reconheço mas, mesmo assim, não posso deixar de aproveitar esta parte dedicada aos agradecimentos para tentar expressar o quanto vos agradeço.

À Professora Doutora Flora Correia, pelo seu permanente apoio e nível de exigência, por me ter aturado e sempre feito acreditar que era possível fazer melhor, por todo o seu profissionalismo que tanto admiro e por toda a sua capacidade de transmitir o saber, que tanto me ensina e me entusiasma a aprender mais.

Ao Dr. Rui Poínhos, por todas as horas que lhe roubei, pela permanente calma com que me apoiou e ajudou a vencer tantas dúvidas, por estar sempre disponível e por toda a sua forma tão própria de apresentar propostas de melhoria.

Ao Professor Doutor Pedro Moreira e ao Prof. Doutor Alejandro Santos, por todo o apoio prestado ao longo destes anos e, particularmente, durante o curso de especialização em Nutrição clínica.

Ao Dr. Francisco Taveira, por me ter permitido e facilitado todo o processo de aplicação do protocolo e por toda a amizade que sempre me demonstrou.

Às Enfermeiras Marília, Isabel, Marta e Fabíola, por me terem ajudado na medição antropométrica dos doentes e na dinâmica de preenchimento dos protocolos.

À Deolinda e à Rosa Maria que, com a sua entrega e ajuda, proporcionavam aos doentes um ambiente e condições adequadas para o preenchimento dos protocolos.

A todos os mestres que me souberam transmitir o saber, em particular ao Dr. Emílio Peres e ao Dr. José Pedro Lima Reis que, com um permanente estímulo e entusiasmo, tanto me ensinaram, tantas experiências profissionais partilharam e tanto contribuíram para o meu gosto pelo mundo da nutrição clínica.

A todos os professores do curso de especialização em Nutrição Clínica, pelos valiosos ensinamentos.

Ao João, por tudo aquilo que és e que somos, por todos os momentos que perdemos juntos para estar disponível na elaboração deste trabalho, acreditando comigo que valia a pena a entrega, e por tudo e muito mais ainda.

Aos nossos filhos Hugo e Diogo, a maior maravilha que temos, por todo o amor que tanto me dão e expressam, por todo o orgulho que tanto me enche e por todas as atenções que tanto me solicitam.

Aos meus pais, sem os quais seria nada, por serem o meu permanente porto de abrigo, para onde corro para celebrar e que correm para mim para ajudar antes de o pedir, estando sempre disponíveis para me ajudar na complicada gestão do tempo e por serem um maravilhoso exemplo.

À Manela, por toda a vida que partilhamos, por me mostrares estares sempre orgulhosa de mim e por me pedires, no meio da tua batalha, para não desistir.

Aos manos Alberto, Kiko, Isabel e Andreia, por estarem sempre comigo em tudo e também nesta etapa, com toda a cumplicidade que nos caracteriza e a ternura que nos une.

Aos meus sogros, por me tratarem como mais uma filha, por todo o apoio e por todos os momentos que ficavam com os netos para eu estar mais disponível.

A Toda a minha Família, por tudo aquilo que representam para mim e pelos gestos de carinho e apoio que me transmitem.

Aos Amigos que sempre o souberam ser, presentes de uma forma preciosa no bom e no mau e que permanentemente me perguntavam: “Já entregaste?...”

A Todos os colegas de trabalho com quem partilho tantas experiências profissionais, particularmente aqueles que nestes últimos tempos, bem mais do que verdadeiros colegas, me souberam amparar e ajudar nas minhas tarefas.

A Todos os colegas de curso e de mestrado, por todas as etapas do conhecimento que temos partilhado.

E a Todos, Todos aqueles com quem partilho conquistas e desafios, sempre com o objectivo de crescer mais no mundo do saber.

A Todos o meu Muito Obrigada!

RESUMO

O combate à obesidade implica um esforço no sentido de incentivar a alteração dos estilos de vida por parte dos doentes. É também fundamental conhecer os factores que influenciam a doença, bem como as relações entre eles. A desejabilidade social corresponde à tendência para transmitir uma imagem culturalmente aceitável e de acordo com as normas sociais, podendo influenciar a expressão de motivação para a perda de peso, bem como estar relacionada com outros factores. Assim, foram objectivos deste trabalho proceder à avaliação do nível de desejabilidade social em adultos com excesso de peso e relacioná-lo com a percepção da imagem corporal, o bem-estar psicológico e a identificação de barreiras ao cumprimento de um plano alimentar. A amostra foi constituída por 92 participantes (38 mulheres e 54 homens) com idade média de 48,3 anos ($dp=8,1$) e IMC médio de $31,3 \text{ kg/m}^2$ ($dp=4,2$). Verificou-se uma tendência para maior nível de desejabilidade social nos homens do que nas mulheres. Um nível mais elevado de desejabilidade social esteve associado com maior bem-estar psicológico, não se verificando relação significativa com a percepção da imagem corporal ou a identificação de barreiras ao cumprimento de um plano alimentar. Os resultados evidenciam a importância de avaliar a desejabilidade social em doentes com excesso de peso em termos teóricos, de investigação e de intervenção.

PALAVRAS-CHAVE:

Desejabilidade social; excesso de peso; tratamento dietético; imagem corporal; bem-estar psicológico; barreiras

ABSTRACT

The fight against obesity implies an effort to encourage the change of lifestyles by patients. It is also important to know the factors that influence the disease as well as the relationships between them. The social desirability corresponds to the tendency to convey an image culturally acceptable and in accordance with social norms, may influence the expression of motivation for weight loss, as well as being linked to other factors. Thus, the objectives of this study was to evaluate the level of social desirability in adults with overweight and relate it to the perception of body image, psychological well-being and the identification of barriers to the performance of a food plan. The sample consisted of 92 participants (38 women and 54 men) with mean age of 48.3 years (SD = 8.1) and average BMI of 31.3 kg/m² (SD = 4.2). There was a trend towards higher levels of social desirability in men than in women. A higher level of social desirability was associated with greater psychological well-being while there was no significant relationship with perceptions of body image or to the identification of barriers to the performance of a food plan. The results reveal the importance of assessing social desirability in overweight patients, in terms of theory, research and intervention.

KEYWORDS:

Social desirability; overweight; dietary treatment; body image; psychological well-being; barriers

LISTA DE ABREVIATURAS

dp – desvio padrão

DS – desejabilidade social

EBEPG – Escala de Bem-Estar Psicológico Geral

IMC – Índice de Massa Corporal

IMC actual – IMC para o peso actual

IMC desejado – IMC para o peso desejado

IMC Imagem actual – IMC da imagem actual

IMC Imagem desejada – IMC da imagem desejada

M-C SDS – Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne

n – número de indivíduos

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – nível de significância crítico para rejeição da hipótese nula

r - coeficiente de correlação de Pearson

ρ - coeficiente de correlação de Spearman

ÍNDICE

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II – OBJECTIVOS	8
CAPÍTULO III – METODOLOGIA GERAL	9
1. AMOSTRA	9
2. INSTRUMENTOS	9
3. METODOLOGIA APLICADA	10
4. ANÁLISE ESTATÍSTICA	15
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	17
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	28
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	46

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – SIGNIFICADO DAS PONTUAÇÕES ELEVADAS OU BAIXAS EM CADA UMA DAS SUB-ESCALAS DA EBEPG	14
QUADRO 2 – IDADE E NÍVEL DE ESCOLARIDADE MÉDIOS DA AMOSTRA GERAL E POR SEXOS	17
QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DA AMOSTRA	18
QUADRO 4 – PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL	18
QUADRO 5 – VALORES DE IMC ACTUAL E DESEJADO E CLASSES DE IMC CORRESPONDENTES ÀS IMAGENS ACTUAL E DESEJADA	19
QUADRO 6 – PERCEPÇÃO DO ESTADO GERAL DA SAÚDE, DO PESO E DA IMAGEM CORPORAL E NÍVEL DE PREOCUPAÇÃO COM O PESO, A IMAGEM CORPORAL E UMA ALIMENTAÇÃO CORRECTA	19
QUADRO 7 – RESUMO DAS RESPOSTAS À QUESTÃO ABERTA “QUAL O FACTOR QUE MAIS INFLUENCIA O GANHO DE PESO?”	20
QUADRO 8 – RESUMO DOS ERROS ALIMENTARES RELATADOS NA QUESTÃO ABERTA “QUAL O FACTOR QUE MAIS INFLUENCIA O GANHO DE PESO?”	21
QUADRO 9 – RESUMO DOS FACTORES PSICOLÓGICOS RELATADOS NA QUESTÃO ABERTA “QUAL O FACTOR QUE MAIS INFLUENCIA O GANHO DE PESO?”	22
QUADRO 10 – AVALIAÇÃO MÉDIA DO NÍVEL DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DOS PARTICIPANTES	22
QUADRO 11 – NÚMERO MÉDIO DE BARREIRAS ASSINALADAS NA AMOSTRA GERAL E POR SEXOS	23
QUADRO 12 – NÚMERO MÉDIO DE BARREIRAS ASSINALADAS POR SEXOS, SEM E COM CONSULTA ANTERIOR	23
QUADRO 13 – NÍVEL MÉDIO DE DESEJABILIDADE SOCIAL POR SEXOS	24
QUADRO 14 – CORRELAÇÕES DA DESEJABILIDADE SOCIAL COM O NÍVEL DE ESCOLARIDADE	24
QUADRO 15 – DIFERENÇAS NO NÍVEL DE DS ENTRE QUEM TEVE OU NÃO CONSULTA(S) ANTERIOR(ES)	24
QUADRO 16 – CORRELAÇÕES DA DESEJABILIDADE SOCIAL COM AS IMAGENS SELECIONADAS	25
QUADRO 17 – CORRELAÇÕES DA DESEJABILIDADE SOCIAL COM OS FACTORES CONSIDERADOS MAIS IMPORTANTES PARA O GANHO DE PESO	25
QUADRO 18 – CORRELAÇÕES DA DESEJABILIDADE SOCIAL COM A EBEPG TOTAL E SUAS SUB-ESCALAS	26
QUADRO 19 – CORRELAÇÕES DA DESEJABILIDADE SOCIAL COM O NÚMERO TOTAL DE BARREIRAS ASSINALADAS	27

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – IMAGENS UTILIZADAS PARA AVALIAR A PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL	11
FIGURA 2 – QUESTÕES APRESENTADAS NO QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A PERCEPÇÃO E/OU O NÍVEL DE PREOCUPAÇÃO MANIFESTADO COM O ESTADO GERAL DE SAÚDE, O PESO, A IMAGEM CORPORAL E EM TER UMA ALIMENTAÇÃO CORRECTA	12
FIGURA 3 – QUESTÕES APRESENTADAS NO QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR OS FACTORES QUE INFLUENCIAM O AUMENTO DE PESO	13

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES (PARTE A)	46
ANEXO II – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES (PARTE A, ANEXO 1) ..	48
ANEXO III – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES (PARTE A, ANEXO 2) .	50
ANEXO IV – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES (PARTE B)	52

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode alcançar proporções capazes de afectar a saúde (1).

Essa acumulação excessiva de gordura corporal é fundamentalmente atribuída ao facto de muitos indivíduos terem uma ingestão excessiva e/ou um gasto energético reduzido, resultando assim sucessivos balanços energéticos positivos. Este desequilíbrio energético tende a perpetuar-se, pelo que a obesidade constitui uma doença crónica (2-4).

Segundo a OMS (2006) existem cerca de 300 milhões de indivíduos obesos em todo o mundo, tendo essa doença crónica alcançado proporções epidémicas (5).

De facto, a nível mundial a prevalência da obesidade é tão elevada, que essa Organização a considerou como a epidemia global do século XXI e determinou que, se não forem tomadas medidas drásticas para a prevenir e tratar, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 (3).

O excesso de peso e a obesidade constituem um sério desafio para a saúde pública dos países da Região Europeia da OMS (6), não sendo o nosso país excepção a essa situação: “a obesidade representa um importante problema de saúde pública nas populações urbanas portuguesas” (2).

O estudo de Carmo e col. sobre a prevalência da obesidade em Portugal, relativo ao período entre 2003 e 2005, revela que 38,6% da população tem excesso de peso (IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m²) e 13,8% apresenta obesidade (IMC $\geq$ 30,0 kg/m²), o que dá um total de excesso de peso e obesidade de metade da população portuguesa (52,4%). Estes autores, após comparação dos valores obtidos com os resultados da pesquisa realizada no nosso país

entre 1995 e 1998 (em que o total do excesso de peso e obesidade era de 49,6%), verificaram um aumento da prevalência dessas situações nesses 10 anos, pelo que consideraram que “tendo a obesidade sido identificada como um problema de saúde pública uma década atrás, as acções tomadas para a reduzir não parecem terem sido muito efectivas” (2).

Num estudo mais recente (2009) designado Alimentação e Estilos de Vida da População Portuguesa, promovido pela Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, Poínhos e col. apresentam, para uma amostra representativa da população adulta portuguesa, uma prevalência de excesso de peso muito mais elevada no sexo masculino: 38.2 % das mulheres e 64.5 % dos homens têm um IMC igual ou superior a 25,0 kg/m².

Os autores verificaram que as mulheres apresentam valores médios de IMC significativamente inferiores aos dos homens (24.6 kg/m² vs 26.3 kg/m², respectivamente), tendo a maioria das mulheres (59.2%) um IMC situado no intervalo correspondente à normoponderalidade, enquanto a maioria da população masculina (53,3%) apresenta um IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m².

Considerando a distribuição das classes de IMC por regiões, este grupo de investigadores constatou que as prevalências mais elevadas de excesso de peso (IMC igual ou superior 25,0 kg/m²) se encontram nos Açores (71,3%), na Madeira (59,7%) e no Alentejo (57,5%) (7).

Com um crescimento em proporções epidémicas, a obesidade encontra-se associada a uma crescente taxa mundial de mortalidade, morbilidade e incapacidade (4, 6, 8), o que justifica a existência de tantos trabalhos sobre medidas terapêuticas que sejam eficazes para a combater.

As consequências dessa acumulação excessiva de gordura corporal reflectem-se numa maior prevalência das patologias associadas à obesidade, que incluem a diabetes mellitus tipo 2, o síndrome da resistência à insulina, a doença cardiovascular, a hipertensão arterial, as dislipidemias, o síndrome do ovário poliquístico, a osteoartrite e determinados tipos de carcinomas, tais como carcinoma da mama, do ovário, da vesícula biliar, da próstata e do cólon

(2-4, 6, 9). A obesidade afecta negativamente a saúde psicossocial e a qualidade de vida pessoal e reduz a esperança de vida (6, 10-11).

Considerando a elevada prevalência da obesidade e as muito altas taxas de mortalidade e morbilidade associadas, e reconhecendo que essa acumulação excessiva de massa gorda é o resultado do estilo de vida moderno, associado a dietas hiperenergéticas e ao sedentarismo (3, 6), torna-se evidente a necessidade de modificar o estilo de vida actual. Nesse sentido, a OMS adoptou, em Maio de 2004, um conjunto de estratégias a nível mundial denominado de “Estratégia Global na Dieta, Actividade Física e Saúde” (8).

Com o mesmo objectivo geral de contrariar a crescente prevalência de excesso de peso e obesidade em Portugal, foi aprovado, em Janeiro de 2005, o “Programa Nacional de Combate à Obesidade”, integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (3).

No combate à obesidade é então fundamental ajudar as pessoas a adoptar todo um conjunto de comportamentos, que lhes permitam não só perder peso, como também manter o peso perdido.

É importante motivá-las, incentivá-las e apoiá-las no sentido de adoptarem estilos de vida mais saudáveis, com hábitos alimentares saudáveis e prática regular de actividade física.

Para o sucesso terapêutico no combate a esta doença crónica, resistente ao tratamento, é também fundamental conhecer e compreender os factores que a determinam, que são complexos e múltiplos: factores metabólicos, ambientais, fisiológicos, endócrinos, psicológicos, sociais e genéticos (3-4, 6, 8, 12). Nesse contexto, Rebelo e col. salientam a necessidade de um maior número de investigações ao nível do comportamento alimentar e da personalidade, de modo a permitir ponderar as causas de obesidade e delinear estratégias de intervenção mais eficazes (12).

Nas consultas de nutrição realizadas em indivíduos com excesso de peso, regra geral, eles reconhecem o seu problema, referem pretender combatê-lo e,

quando o conseguem, manifestam melhorias na qualidade de vida e na saúde em geral. Quando cumprem o plano prescrito, relatam “gostar mais de se ver” e sentir-se “mais leves”; “menos cansados”, já sendo capazes de caminhar ou subir escadas sem fazer paragens; “mais ágeis” como, por exemplo, capazes de se levantar de uma cadeira sem necessidade de se apoiar com as mãos ou capazes de se dobrar ou baixar para apertar os sapatos ou apanhar objectos do chão; capazes de “respirar melhor”; “dormir melhor” e “deixar de rressonar” ou “deixar de necessitar do aparelho para dormir” nos casos de apneia do sono; entre outros. De facto, relatam sempre alguns dos múltiplos benefícios da perda de peso intencional.

Pequenas perdas de peso (perdas de 5 a 10% do peso inicial, em 6 meses) permitem um melhor controlo dos níveis glicémicos, por aumento da sensibilidade à insulina, baixar significativamente a tensão arterial nos doentes hipertensos e reduzir os níveis sanguíneos de colesterol, apresentando ainda benefícios nos problemas osteoarticulares e melhorias a nível respiratório, nomeadamente na apneia do sono e na sonolência diurna, bem como permitem aumentar a longevidade e melhorar a auto-estima (3, 13).

No entanto, nem todos aqueles que se dirigem à consulta com excesso de peso se sentem motivados para alterar os seus hábitos alimentares ou aumentar os seus níveis de actividade física, apesar de relatarem que pretendem perder peso. Ou seja, referem não se sentirem bem com a situação ponderal em que se encontram e que pretendem assumir um papel activo no tratamento, mas actuam como se não estivessem motivados, ocupando uma posição definida por alguns autores como de “participantes passivos” (14).

Nesse sentido, e de acordo com Toral e col., o estudo do comportamento alimentar constitui um elemento importante para o sucesso de intervenções nutricionais (15). As modificações comportamentais devem ser especialmente dirigidas para cada indivíduo, de modo que este seja capaz de as adoptar e obter um maior sucesso no tratamento de excessos ponderais (4).

No que respeita às modificações comportamentais no sentido de combater o sedentarismo, é sabido que a actividade física aumenta o gasto energético diário e, a longo prazo, conduz a uma elevação do metabolismo basal (13). A actividade física é fundamental para melhorar a saúde física e mental das pessoas (8), e a sua prática regular previne o excesso de peso, auxilia a sua redução, melhora muitas das comorbilidades frequentemente associadas à obesidade e possibilita que o emagrecimento alcançado se mantenha (13, 16-19).

Além disso, a realização de exercício físico pode contribuir para uma melhor adesão aos comportamentos alimentares mais saudáveis. Isto pode relacionar-se com um aumento do bem-estar psicológico, com uma melhor monitorização da ingestão energética, com factores fisiológicos de regulação do apetite, entre outros mecanismos (20).

Considerando o papel fundamental da alteração do estilo de vida no controlo de peso a longo prazo, Wadden e col. salientam que a gestão do peso a longo prazo “parece ser potenciada pela manutenção do contacto entre o indivíduo e o terapeuta, tanto pessoal como através do contacto por telefone ou por e-mail” (21).

Ao questionar sobre as possíveis razões que conduzem a baixos níveis de motivação, por parte de alguns indivíduos, para cumprir uma terapêutica de combate ao excesso de peso, outra questão se levanta: será que os indivíduos com excesso de peso pretendem mesmo combater esse excesso ponderal, ou apenas o referem por razões relacionadas com a sociedade em que estão inseridos, que não favorece a aceitação de imagens corporais mais volumosas?

Esta questão prende-se com a desejabilidade social, ou seja, com a tendência para transmitir uma imagem culturalmente aceitável e de acordo com as normas sociais, evitando a crítica em situações de teste (22-25).

Sabe-se que os participantes em trabalhos científicos, tendem a apresentar respostas consideradas socialmente mais aceitáveis ou aprovadas e tendem ainda a negar a sua associação pessoal com opiniões ou comportamentos que seriam desaprovados socialmente (26).

Uma vez que existe essa tendência para dar a resposta que consideram melhor aceite pela sociedade, as questões formuladas através de um inquérito por questionário sofrem o efeito dessa tendência, especialmente quando as questões são de administração directa (23, 26).

Sendo assim, pode-se admitir a hipótese de que quanto mais elevado for o nível de desejabilidade social de um indivíduo, maior será a sua tendência para referir pretender combater o excesso de peso apresentado, independentemente de ele, como indivíduo isolado, o pretender realmente ou não.

Neto e col definem a imagem corporal como a “forma como o indivíduo percebe o próprio corpo e sua relação com o meio, formada através de vivências e mensagens que influem nas concepções de padrões de estética e comportamento, desde a infância até à morte” (27).

Considerando que a desejabilidade social é tanto maior quanto maior for a tendência para veicular uma imagem corporal culturalmente aceitável e de acordo com as normas sociais (22-23) e que essa tendência pode colocar em risco a validade da pesquisa (26), nos estudos são muitas vezes utilizadas escalas de desejabilidade social que, ao a avaliarem, permitem controlar esse fenómeno de enviesamento de resultados.

No entanto, além do grau de motivação para alterar o estilo de vida (em termos de comportamentos alimentares e da prática de actividade física) e do nível de desejabilidade social que cada indivíduo apresenta, é também necessário estar atento para entender como diferentes situações do dia a dia podem ou não alterar a ingestão alimentar. Nas consultas de nutrição para perda de peso, os doentes relatam frequentemente que, quando em situação de stresse ou durante épocas festivas, tendem a perder o controlo alimentar.

Nesse contexto, Kilbourne relata que, após o acompanhamento de 1100 participantes de programas para perda de peso, as mulheres tendem a comer excessivamente quando zangadas ou tristes ou usam a comida como conforto quando sozinhas ou deprimidas. A pesquisa também permitiu verificar que os homens obesos tendem a comer excessivamente em situações sociais agradáveis, quando estão a celebrar ou quando são encorajados por outras pessoas a comer (28).

Conhecer as barreiras ao cumprimento de uma terapêutica dietética estabelecida, poderá melhorar a abordagem ao doente com excesso ponderal, através da procura das razões que levam ao insucesso (29-30). Quando nas consultas de nutrição se questionam os doentes sobre as suas preferências alimentares, é frequente obter a resposta “tudo” ou “toda a comida boa”, relatando em seguida toda uma longa lista de pratos tanto doces como salgados. Para esses doentes, o facto de gostar de comer é considerado como uma forte barreira ao cumprimento de um plano alimentar prescrito, pelo que o sucesso dessa terapêutica será tanto maior quanto maior for a nossa capacidade de o ajudar a comer a comida de que tanto gosta de forma equilibrada e saudável.

Uma terapêutica dietética não pode ser considerada pelo doente como “deixar de comer” ou “passar fome”, mas sim como um plano individual que respeite gostos e tradições e adaptado ao estilo de vida, para assim combater os sucessivos balanços energéticos positivos.

CAPÍTULO II – OBJECTIVOS

Perante a complexidade das causas para o excesso de peso, decidimos avaliar o nível de desejabilidade social em adultos com excesso de peso e relacionar esse nível de desejabilidade social com:

- a percepção da imagem corporal e os aspectos com ela relacionados;
- o nível de bem-estar psicológico dos participantes;
- a identificação de barreiras ao cumprimento de um plano alimentar prescrito.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA GERAL

III.1 - AMOSTRA

Constituíram amostra deste estudo, os trabalhadores de um grupo empresarial que frequentaram a consulta de Nutrição do local de trabalho, no período de Outubro de 2007 a Junho de 2008, e que apresentavam excesso de peso.

Após ter sido autorizada a aplicação do protocolo de investigação por parte da Comissão de Ética desse grupo empresarial, foram explicados os objectivos do presente estudo e obtido consentimento por parte de todos os participantes.

Na determinação da amostra foi utilizada a classificação de Garrow para o Índice de Quetelet (Índice de Massa Corporal – IMC), pelo que o critério de inclusão aplicado foi a apresentação de um valor de IMC igual ou superior a $25,0 \text{ kg/m}^2$ (6, 31).

III.2 - INSTRUMENTOS

Para recolha de informações foi aplicado um questionário estruturado, dividido em duas partes:

- Parte A – constituída por questões de administração indirecta, sendo as informações recolhidas pelo investigador principal (Anexos I, II e III);
- Parte B – constituída por questões de administração directa (Anexo IV).

Com o preenchimento da Parte A pretendeu-se registar:

- a data da primeira consulta de nutrição e o número de consultas anteriores ao preenchimento do questionário;

- a identificação do sexo, idade e nível de escolaridade;
- dados antropométricos (estatura, peso actual, peso desejado, perímetro da cintura e perímetro da anca);
- a percepção da silhueta da imagem corporal;
- a avaliação do nível de preocupação manifestado com o estado geral de saúde, com o peso, com a imagem corporal e em ter uma alimentação correcta;
- a determinação dos factores considerados mais importantes para o ganho de peso.

Com o preenchimento da Parte B pretendeu-se recolher informações que permitissem:

- avaliar o nível de desejabilidade social;
- caracterizar o nível de bem-estar psicológico;
- identificar barreiras ao cumprimento de um plano alimentar prescrito.

A aplicação de ambas as partes do questionário foi realizada na mesma consulta de nutrição.

III.3 - METODOLOGIA APLICADA

Para determinação do peso actual e da estatura, foi utilizada uma balança com craveira de Jofre, devidamente calibrada, tendo sido utilizados os mesmos critérios de medição em todos os participantes, segundo metodologia internacionalmente reconhecida (32).

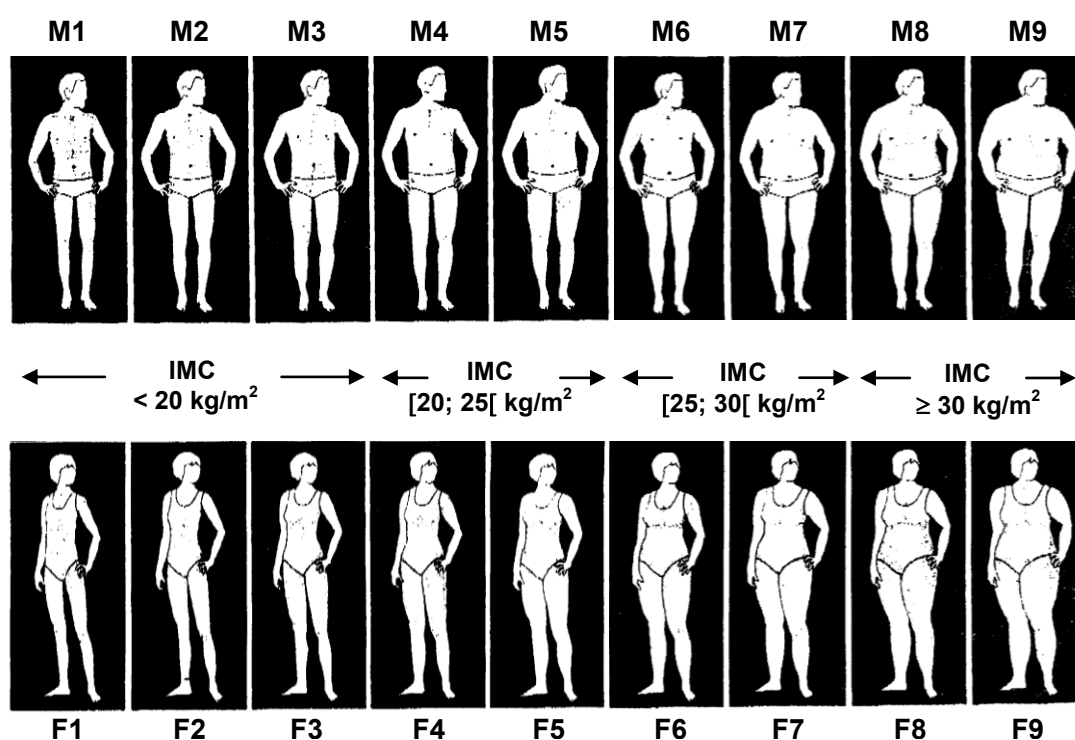
O IMC ⁽¹⁾ foi determinado para o peso actual, ou seja, aquele que os participantes apresentavam no momento de aplicação do questionário (IMC actual) e para o peso desejado (IMC desejado).

¹ O IMC é calculado pelo quociente peso (kg) / estatura² (m²)

O perímetro da cintura foi medido no ponto médio entre a margem inferior da última costela e a crista ilíaca, no plano horizontal (33), e o perímetro da anca medido na zona onde a anca se apresentava mais larga (32).

Para analisar a percepção da imagem corporal, foram apresentados aos participantes dois grupos de ilustrações de nove silhuetas, um masculino e outro feminino, que variavam com IMC crescente da primeira para a nona imagem. Como se pode observar na figura 1, é possível estabelecer uma correspondência entre as silhuetas e os valores de IMC, no entanto, as ilustrações apresentadas aos participantes não incluíam esses valores de IMC.

FIGURA 1 – IMAGENS UTILIZADAS PARA AVALIAR A PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL (ADAPTADO (34))



A partir dessas silhuetas, foi pedido a cada participante para indicar a imagem com que se identificava no momento do inquérito (denominada por “imagem actual”), para apontar aquela que gostaria de ter (designada por “imagem desejada”) e ainda para assinalar a imagem que considerava como “ideal” de beleza para o sexo oposto (“imagem ideal sexo oposto”).

Para avaliar a percepção do estado geral de saúde, do peso e da imagem corporal, assim como para quantificar o nível de preocupação que manifestavam com o seu peso, a sua imagem corporal e em ter uma alimentação correcta, os participantes responderam a 6 questões cotadas numa escala tipo Likert de 1 a 7, como se pode observar na Figura 2.

FIGURA 2 – QUESTÕES APRESENTADAS NO QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A PERCEPÇÃO E/OU O NÍVEL DE PREOCUPAÇÃO MANIFESTADO COM O ESTADO GERAL DE SAÚDE, O PESO, A IMAGEM CORPORAL E EM TER UMA ALIMENTAÇÃO CORRECTA

1. Como considera actualmente o seu estado geral de saúde?						
__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Muito mau						Muito bom
2. Como se sente actualmente em relação ao seu peso?						
__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Muito mal						Muito bem
3. Como se sente actualmente em relação à sua imagem corporal?						
__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Muito mal						Muito bem
4. Preocupa-se com o seu peso?						
__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Não, nada						Sim, muito
5. Preocupa-se com a sua imagem corporal?						
__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Não, nada						Sim, muito
6. Preocupa-se em ter uma alimentação correcta?						
__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Não, nada						Sim, muito

Para avaliar a opinião dos participantes relativamente aos factores por eles considerados como capazes de influenciar o aumento de peso, foram colocadas duas questões:

- uma questão aberta para indicarem o factor que consideravam mais influenciar o ganho de peso (questão nº 7 da Figura 3);

- uma questão cotada numa escala bipolar de 1 a 7, em que deveriam seleccionar quais os factores que consideravam mais importantes para o ganho de peso. Quanto mais próxima de 1 fosse a resposta, maior era a importância atribuída aos factores “Alimentação e actividade física”, ficando mais próxima de 7 a resposta que atribuía maior importância aos “Factores genéticos, familiares”. Os participantes que consideraram ambos os factores apresentados como tendo importância semelhante para o ganho de peso, seleccionaram o valor 4 nessa escala (questão nº 8 da Figura 3).

FIGURA 3 – QUESTÕES APRESENTADAS NO QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR OS FACTORES QUE INFLUENCIAM O AUMENTO DE PESO

7. Qual o factor que mais influencia o ganho de peso?

8. Que factores (entre os apresentados) considera mais importantes para o ganho de peso?

__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Alimentação e actividade física			(importância semelhante)			Factores genéticos, familiares

A escala de desejabilidade social utilizada foi a de Marlowe Crowne (*Marlowe Crowne Social Desirability Scale*, M-C SDS), a qual mede a tendência individual para fornecer respostas socialmente desejáveis, independentemente de serem ou não verdades, sendo assim interpretada como um instrumento que mede a importância da desejabilidade social nas respostas, em situações de teste (24, 26).

A M-C SDS é constituída por 33 itens de resposta dicotómica (verdadeiro ou falso), 18 dos quais pontuados com um ponto nas respostas verdadeiras e 15 pontuados com um ponto nas respostas falsas (35-37).

Para caracterizar o nível de bem-estar psicológico dos participantes, foi utilizada a Escala de Bem-Estar Psicológico Geral (EBEPG) que, através de medições das auto-representações dos estados afectivos ou emocionais, permite avaliar a qualidade de vida do indivíduo. Esta escala é constituída por

22 itens, cotados numa escala tipo Likert de 1 a 6 pontos, indicadores de afecto positivo ou negativo sentidos no último mês. A EBEPG tem uma pontuação total de 22 a 132 pontos, sendo que quanto mais elevada for a pontuação obtida, maior será o bem-estar medido (38-40).

Esta escala é constituída por 6 sub-escalas: ansiedade, humor depressivo, bem-estar positivo, auto-controlo, saúde geral e vitalidade (38-40). O significado das pontuações elevadas ou baixas em cada uma dessas sub-escalas pode ser observado no Quadro 1.

QUADRO 1 – SIGNIFICADO DAS PONTUAÇÕES ELEVADAS OU BAIXAS EM CADA UMA DAS SUB-ESCALAS DA EBEPG

SUB-ESCALAS	PONTUAÇÃO ELEVADA	PONTUAÇÃO BAIXA
ANSIEDADE	Não incomodado pelo nervosismo; baixa tensão; não ansioso; relaxado; pouco ou nenhum esforço ou stresse.	Extremamente incomodado pelo nervosismo; muito tenso; ansioso, preocupado, aborrecido; geralmente muito fechado; sente-se debaixo de grande pressão.
HUMOR DEPRESSIVO	Raramente ou nunca se sente deprimido, abatido, melancólico ou desencorajado.	Sente-se muitas vezes ou intensamente: deprimido, abatido, melancólico, desencorajado.
BEM-ESTAR POSITIVO	De excelente humor, alegre; feliz com a vida; dia-a-dia interessante.	De mau humor, infeliz, nunca ou raramente sente que a vida é interessante ou alegre.
AUTO-CONTROLO	Com total controlo do comportamento, pensamento, emoções e sentimentos; emocionalmente estável.	Muito preocupado ou perturbado em perder o auto-controlo; raramente se sente emocionalmente estável.
SAÚDE GERAL	Nunca ou raramente incomodado por doenças; com saúde suficiente para as coisas do dia-a-dia; despreocupado ou sem receio em relação à saúde.	Geralmente incomodado por doenças, desordens físicas; precisa de ajuda para tratar de si; preocupado ou com receio em relação à saúde.
VITALIDADE	Cheio de energia e vigor; acorda fresco, descansado; sente-se activo, vigoroso; nunca se sente cansado, exausto.	Pouca energia, raramente acorda fresco ou descansado; triste, indolente, cansado, exausto.

Foi ainda apresentado um conjunto de 34 afirmações, consideradas como possíveis impedimentos ao cumprimento de um plano alimentar prescrito, tendo cada participante que assinalar aquela(s) que identificava como barreira(s) a esse cumprimento.

Considerando que aqueles participantes que não tinham tido consulta de nutrição anterior à aplicação do questionário, não teriam a mesma experiência em cumprir planos alimentares prescritos do que aqueles que já tinham tido consultas de nutrição anteriores, a amostra foi dividida em 2 grupos – “sem consulta anterior” e “com consulta anterior” – de modo a comparar os resultados obtidos em ambos os casos.

III.4 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

O tratamento estatístico foi efectuado com o programa SPSS versão 14.0 para Windows.

A análise descritiva consistiu no cálculo de médias e desvios-padrão para as variáveis cardinais e ordinais e no cálculo de frequências para as variáveis nominais.

Avaliou-se a normalidade das distribuições das variáveis cardinais com o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Utilizou-se o teste t de student para comparar médias de amostras independentes e o teste de *Mann-Whitney* para comparar ordens médias de amostras independentes.

Calcularam-se os coeficientes de correlação de Pearson (r ; correlações paramétricas) e Spearman (ρ ; correlações não-paramétricas) para quantificar o grau de associação entre pares de variáveis.

Considerou-se (41):

- correlação muito forte quando $|r|$ ou $|\rho|$ pertence ao intervalo $[0,9; 1,0]$;
- correlação forte quando $|r|$ ou $|\rho|$ pertence ao intervalo $[0,75; 0,9[$;
- correlação moderada quando $|r|$ ou $|\rho|$ pertence ao intervalo $[0,5; 0,75[$;
- correlação fraca quando $|r|$ ou $|\rho|$ pertence ao intervalo $[0,25; 0,5[$;
- correlação muito fraca quando $|r|$ ou $|\rho|$ pertence ao intervalo $[0,0; 0,25[$.

Rejeitou-se a hipótese nula sempre que o nível de significância crítico para a sua rejeição (p) tinha um valor inferior a 0,05.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

A amostra deste estudo é constituída por um total de 92 participantes, sendo 38 mulheres (41,3%) e 54 homens (58,7%).

A média de idades dos participantes é de 48,3 anos ($dp=8,1$), sendo semelhantes os valores médios encontrados em ambos os sexos (Quadro 2).

O nível de escolaridade variou do 4º ano do Ensino Básico ao nível de Licenciatura, com valores médios de escolaridade ligeiramente superiores para os participantes masculinos (Quadro 2).

QUADRO 2 – IDADE E NÍVEL DE ESCOLARIDADE MÉDIOS DA AMOSTRA GERAL E POR SEXOS

	Amostra (média $\pm$ dp)	Mulheres (média $\pm$ dp)	Homens (média $\pm$ dp)	p
Idade (anos)	48,3 $\pm$ 8,1	48,9 $\pm$ 9,4	47,9 $\pm$ 7,1	0,542
Escolaridade (anos)	9,7 $\pm$ 3,8	8,8 $\pm$ 3,4	10,3 $\pm$ 3,9	0,058

Em termos médios, as mulheres apresentaram-se mais baixas e com menor peso que os homens, verificando-se valores semelhantes de IMC (IMC actual) para ambos os participantes.

Quando inquiridos sobre o peso corporal que gostariam de ter (peso desejado), os participantes responderam desejar apresentar, em média, valores inferiores aos do peso actual, pelo que os valores encontrados para o IMC desejado também foram, em média, inferiores aos do IMC actual

Em termos médios, a amostra feminina, quando comparada com a masculina, apresentou valores significativamente mais baixos para o perímetro da cintura (PC) e ligeiramente mais altos para o perímetro da anca (PA). Em ambos os sexos, os valores médios encontrados para o PC estão associados a um risco

aumentado de complicações metabólicas associadas à obesidade (42) e são indicadores de risco cardiovascular elevado (PC superior a 88 cm nas mulheres ou a 102 cm nos homens) (43).

No Quadro 3 pode-se observar a caracterização antropométrica da amostra.

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DA AMOSTRA

	Amostra (média ± dp)	Mulheres (média ± dp)	Homens (média ± dp)	p
Estatura (cm)	165,8 ± 10,1	156,3 ± 6,4	172,5 ± 6,0	< 0,001
Peso actual (kg)	86,0 ± 13,0	78,0 ± 12,6	91,6 ± 10,0	< 0,001
IMC actual (kg/m²)	31,3 ± 4,2	32,0 ± 5,3	30,8 ± 3,3	0,227
Peso desejado (kg)	72,7 ± 10,6	63,4 ± 8,0	79,2 ± 6,7	< 0,001
IMC desejado (kg/m²)	26,4 ± 2,5	26,0 ± 3,1	26,6 ± 1,9	0,248
PC (cm)	103,5 ± 9,7	100,1 ± 10,8	105,9 ± 8,1	0,007
PA (cm)	109,6 ± 8,3	110,8 ± 9,6	108,8 ± 7,2	0,281

Quanto aos resultados obtidos na avaliação da percepção da imagem corporal (Quadro 4), as mulheres vêem-se, em média, mais volumosas do que os homens.

Os participantes de ambos os sexos referiram desejar ter, em média, uma imagem corporal menos volumosa que a actual.

Relativamente ao ideal de beleza para o sexo oposto, em termos médios as mulheres preferem os homens cerca de 1 ponto abaixo do que para elas mesmas e os homens preferem as mulheres ponderalmente semelhantes a eles (Quadro 4).

QUADRO 4 – PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

	Mulheres (média ± dp)	Homens (média ± dp)	p
Imagem actual	7,7 ± 1,1	6,4 ± 1,2	< 0,001
Imagem desejada	4,7 ± 1,2	3,9 ± 1,2	0,001
Im. ideal para sexo oposto	3,7 ± 1,0	4,1 ± 1,2	0,147

No Quadro 5 podem-se observar os valores de IMC correspondentes à silhueta escolhida para identificar a “imagem actual” (IMC Imagem actual) e a “imagem desejada” (IMC Imagem desejada), bem como os valores médios do IMC para o peso actual (IMC actual) e para o peso desejado (IMC desejado).

QUADRO 5 – VALORES DE IMC ACTUAL E DESEJADO E CLASSES DE IMC CORRESPONDENTES ÀS IMAGENS ACTUAL E DESEJADA

	IMC actual (média)	IMC Imagem actual	IMC desejado (média)	IMC Imagem desejada
Mulheres	32,0	≥ 30	26,0	[20; 25[
Homens	30,8	[25; 30[	26,6	[20; 25[

Em termos médios, as mulheres, quando comparadas com os homens, referiram sentir maior mal-estar em relação ao estado geral de saúde, ao peso e à imagem corporal actuais, assim como referiram apresentar maior preocupação com o peso, com a imagem corporal e em ter uma alimentação correcta (Quadro 6).

QUADRO 6 – PERCEPÇÃO DO ESTADO GERAL DE SAÚDE, DO PESO E DA IMAGEM CORPORAL E NÍVEL DE PREOCUPAÇÃO COM O PESO, A IMAGEM CORPORAL E UMA ALIMENTAÇÃO CORRECTA

	Mulheres (média $\pm$ dp)	Homens (média $\pm$ dp)	p
1. “Como considera actualmente o seu estado geral de saúde?”	4,4 $\pm$ 1,2	4,9 $\pm$ 1,0	0,099
2. “Como se sente actualmente em relação ao seu peso?”	3,2 $\pm$ 1,6	3,8 $\pm$ 1,4	0,064
3. “Como se sente actualmente em relação à sua imagem corporal?”	3,2 $\pm$ 1,4	3,9 $\pm$ 1,4	0,019
4. “Preocupa-se com o seu peso?”	5,7 $\pm$ 1,5	5,5 $\pm$ 1,3	0,270
5. “Preocupa-se com a sua imagem corporal?”	5,7 $\pm$ 1,3	5,2 $\pm$ 1,4	0,073
6. “Preocupa-se em ter uma alimentação correcta?”	5,5 $\pm$ 1,1	5,2 $\pm$ 1,2	0,212
8. “Que factores considera mais importantes para o ganho do peso?”	3,0 $\pm$ 1,3	3,0 $\pm$ 1,2	0,844

No que respeita à opinião dos participantes relativamente aos factores considerados mais importantes para o ganho de peso, nas duas questões

colocadas foi atribuída maior importância aos factores relacionados com a alimentação e a actividade física (Quadros 6 e 7).

Como resposta à questão aberta (“Qual o factor que mais influencia o ganho de peso?”), 66% dos participantes (n=61) responsabilizaram o não cumprimento de uma alimentação correcta, 35% dos participantes (n=32) culpavam a falta de actividade física (sedentarismo) e, no global, 88% dos participantes (n=81) referiram pelo menos um desses dois factores. Alguns participantes indicaram factores psicológicos como factor de ganho de peso (10%, n=9), considerando que “os nervos” e o stresse os fazem aumentar a ingestão alimentar, tendo 2% (n=2) atribuído maior importância a essas alterações psicológicas em associação com o sedentarismo. Houve ainda um reduzido número de respostas “não sei...” (4%, n=4). No Quadro 7 podem-se visualizar estas respostas obtidas.

QUADRO 7 – RESUMO DAS RESPOSTAS À QUESTÃO ABERTA “QUAL O FACTOR QUE MAIS INFLUENCIA O GANHO DE PESO?”

“QUAL O FACTOR QUE MAIS INFLUENCIA O GANHO DE PESO?”	TOTAL (%)	TOTAL (n)
Falta de uma Alimentação Correcta	53	49
Falta de Actividade Física	20	18
Falta de uma Alimentação Correcta e Falta de Actividade Física	13	12
Factores Psicológicos	8	7
"Não sei ..."	4	4
Sedentarismo e Factores Psicológicos	2	2
Total	100	92

No que diz respeito aos 61 participantes que consideraram a falta de uma alimentação correcta como factor mais importante para o ganho de peso, os erros alimentares mais frequentemente relatados incluem a ingestão de grandes quantidades de comida, o consumo excessivo de determinados alimentos (gorduras, doces, “farináceos”, bebidas alcoólicas) e o não cumprimento de horários de refeição (Quadro 8).

QUADRO 8 – RESUMO DOS ERROS ALIMENTARES RELATADOS NA QUESTÃO ABERTA “QUAL O FACTOR QUE MAIS INFLUENCIA O GANHO DE PESO?”

ERROS ALIMENTARES RELATADOS	TOTAL (n)
FALTA DE UMA ALIMENTAÇÃO CORRECTA	
“Comer muito, grandes quantidades”	18
“Comer o que não devo”	6
“Comer muitos doces”	4
“Comer muitas gorduras e doces”	2
“Comer muitos farináceos (pão, batata, massa, arroz...)”	2
“Não respeitar horários refeição e exceder as quantidades necessárias”	2
“Não cumprir horários e comer muitas gorduras”	2
“Beber bebidas alcoólicas”	2
“Comer grandes quantidades, misturar farináceos e comer doces”	1
“Comer muitas gorduras”	1
“Comer muitas gorduras e enchidos”	1
“Comer muitas gorduras e refrigerantes”	1
“Comer muito pão”	1
“Comer muitas “porcarias” (produtos snack, bolachas, presunto...)”	1
“Comer muito ao almoço e jantar e não comer nada no resto do dia”	1
“Ter muito apetite”	1
“Não cumprir horários de refeições”	1
“Não cumprir horários de refeições e comer fora de casa”	1
“Não saber combinar os alimentos”	1
ALIMENTAÇÃO INCORRECTA E FALTA DE ACTIVIDADE FÍSICA	
“Vida sedentária e falta de cuidado com a alimentação”	6
“Vida sedentária e comer quantidades excessivas”	2
“Sedentarismo, comer muito pão e beber muitas bebidas alcoólicas”	2
“Sedentarismo extremo e comer muitas bolachas”	1
“Sedentarismo e comer muitos doces e muito pão”	1
TOTAL	61

Considerando os 9 participantes que responsabilizaram os factores psicológicos como mais importantes para o ganho de peso, todos eles admitiram que as alterações emocionais os fazem cometer mais erros alimentares (Quadro 9).

QUADRO 9 – RESUMO DOS FACTORES PSICOLÓGICOS RELATADOS NA QUESTÃO ABERTA “QUAL O FACTOR QUE MAIS INFLUENCIA O GANHO DE PESO?”

FACTORES PSICOLÓGICOS RELATADOS	TOTAL (n)
FACTORES PSICOLÓGICOS	
“Os nervos fazem-me comer mais; dão-me fome”	4
“O stresse, a tristeza, a solidão...”	1
“Falta de controlo alimentar nos momentos de stresse; como o que me apetece sem qualquer problema”	1
“O estado emocional altera o nível de absorção dos alimentos”	1
FACTORES PSICOLÓGICOS E SEDENTARISMO	
“Os nervos e o sedentarismo”	1
“A ansiedade (faz-me comer grandes quantidades) e o sedentarismo”	1
TOTAL	9

Na segunda questão para determinar os factores considerados como mais importantes para o ganho de peso, em que os participantes responderam numa escala bipolar de 1 a 7, ambos os sexos atribuíram, em média, maior importância aos factores relacionados com a alimentação e a actividade física (Quadro 6, questão nº 8).

Quanto à avaliação do nível de bem-estar psicológico dos participantes, quer se considere a escala total (EBEPG), quer qualquer uma das 6 sub-escalas, as mulheres referiram, em média, maior mal-estar psicológico do que os homens (Quadro 10).

QUADRO 10 – AVALIAÇÃO MÉDIA DO NÍVEL DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DOS PARTICIPANTES

	Mulheres (média ± dp)	Homens (média ± dp)	p
EBEPG	67,0 ± 16,3	80,4 ± 13,6	< 0,001
Ansiedade	14,9 ± 5,3	18,2 ± 4,5	0,003
Humor Depressivo	10,4 ± 2,3	12,6 ± 2,2	< 0,001
Bem-Estar Positivo	10,2 ± 3,3	12,4 ± 3,1	0,002
Auto-Controlo	9,9 ± 3,0	11,9 ± 2,4	0,001
Saúde Geral	9,6 ± 2,7	11,0 ± 2,4	0,009
Vitalidade	11,9 ± 3,6	14,3 ± 3,1	0,001

As participantes femininas identificaram, em média, maior número de barreiras ao cumprimento de um plano alimentar prescrito do que os participantes do sexo masculino, tanto considerando a amostra total, como considerando a amostra dividida em 2 grupos (“sem consulta anterior” e “com consulta anterior”), não sendo essas diferenças estatisticamente significativas (Quadros 11 e 12).

As mulheres sem e com consulta anterior apresentaram, em média, número semelhante de barreiras, enquanto que os homens com consulta anterior identificaram, em média, maior número de barreiras do que aqueles que não tinham tido consulta de nutrição anterior, não sendo estatisticamente significativas as diferenças encontradas (Quadro 12).

QUADRO 11 – NÚMERO MÉDIO DE BARREIRAS ASSINALADAS NA AMOSTRA GERAL E POR SEXOS

	Amostra (média ± dp)	Mulheres (média ± dp)	Homens (média ± dp)	p
Nº Total de Barreiras	6,1 ± 5,7	6,6 ± 5,7	5,8 ± 5,7	0,376

QUADRO 12 – NÚMERO MÉDIO DE BARREIRAS ASSINALADAS POR SEXOS, SEM E COM CONSULTA ANTERIOR

Nº Total de Barreiras	Sem cons. ant. (média ± dp)	Com cons. ant. (média ± dp)	p
Mulheres	6,6 ± 5,5	6,5 ± 6,1	0,944
Homens	5,2 ± 3,8	6,3 ± 7,0	0,498
p	0,316	0,947	

Considerando a avaliação do nível de desejabilidade social, utilizando a M-C SDS, tal como se pode observar no Quadro 13, verificou-se que, em termos médios, os homens apresentaram um nível de desejabilidade social mais elevado que as mulheres, no entanto, essa diferença entre sexos não foi estatisticamente significativa.

QUADRO 13 – NÍVEL MÉDIO DE DESEJABILIDADE SOCIAL POR SEXOS

	Mulheres (média ± dp)	Homens (média ± dp)	p
Nível de DS	21,5 ± 4,5	22,9 ± 4,5	0,159

Não se encontraram correlações significativas entre os níveis de desejabilidade social e de escolaridade, nem para a amostra total, nem por sexos (Quadro 14).

QUADRO 14 – CORRELAÇÕES DA DESEJABILIDADE SOCIAL COM O NÍVEL DE ESCOLARIDADE

		DESEJABILIDADE SOCIAL		
		Amostra	Mulheres	Homens
Nível de Escolaridade (anos)	r	- 0,011	0,061	- 0,105
	p	0,915	0,715	0,448

r – coeficiente de correlação de Pearson

Como se pode observar no Quadro 15, tanto considerando a amostra total como por sexos, não se verificaram diferenças significativas no nível médio de desejabilidade social entre aqueles participantes que não tinham tido consulta de nutrição anterior e aqueles que a(s) tinham tido.

QUADRO 15 – DIFERENÇAS NO NÍVEL DE DS ENTRE QUEM TEVE OU NÃO CONSULTA(S) ANTERIOR(ES)

DESEJABILIDADE SOCIAL			
	Amostra (média ± dp)	Mulheres (média ± dp)	Homens (média ± dp)
Sem cons. anterior	22,3 ± 5,2	21,7 ± 5,0	22,9 ± 5,4
Com cons. anterior	22,4 ± 3,7	21,2 ± 3,7	22,9 ± 3,6
p	0,951	0,719	0,990

A desejabilidade social não apresentou correlações significativas com qualquer uma das imagens avaliadas (“Imagem actual”, “Imagem desejada” e “Imagem ideal para o sexo oposto”), tanto para a amostra total como por sexos (Quadro 16).

QUADRO 16 – CORRELAÇÕES DA DESEJABILIDADE SOCIAL COM AS IMAGENS SELECIONADAS

		DESEJABILIDADE SOCIAL		
		Amostra	Mulheres	Homens
Imagem actual	ρ	- 0,043	- 0,085	0,094
	p	0,681	0,611	0,500
Imagem desejada	ρ	- 0,044	0,080	- 0,104
	p	0,677	0,632	0,452
Imagem ideal para sexo oposto	ρ	0,010	0,098	- 0,067
	p	0,925	0,558	0,628

ρ – coeficiente de correlação de Spearman

Também não foi possível encontrar correlações significativas entre o nível total de desejabilidade social e a média das respostas obtidas para a identificação do factor considerado como mais importante para o ganho de peso, quer se considere a amostra total quer por sexos (Quadro 17).

QUADRO 17 – CORRELAÇÕES DA DESEJABILIDADE SOCIAL COM OS FACTORES CONSIDERADOS MAIS IMPORTANTES PARA O GANHO DE PESO

		DESEJABILIDADE SOCIAL		
		Amostra	Mulheres	Homens
“Que factores considera mais importantes para o ganho de peso?”	ρ	0,138	0,085	0,168
	p	0,189	0,612	0,223

No que respeita às correlações entre o nível de desejabilidade social e o nível de bem-estar psicológico (escala EBEPG), considerando tanto a EBEPG total como as 6 sub-escalas, verificaram-se associações positivas para a amostra total e por sexos, excepto para a sub-escala da “saúde geral” nas mulheres (Quadro 18).

Como se pode observar no Quadro 18, encontraram-se correlações significativas entre o nível de desejabilidade social e:

- a EBEPG total, a “ansiedade”, o “humor depressivo”, o “bem-estar positivo”, o “auto-controlo” e a “vitalidade”, para a amostra total;
- o “humor depressivo” e a “vitalidade”, para as mulheres;
- a EBEPG total, a “ansiedade”, o “bem-estar positivo”, o “auto-controlo” e a “vitalidade”, para os homens.

Considerando as correlações encontradas entre o nível de bem-estar psicológico dos participantes e o seu nível de desejabilidade social, podem interpretar-se os diferentes resultados obtidos entre sexos da seguinte forma:

- nas mulheres, maior desejabilidade social associou-se com maior bem-estar relacionado com o “humor depressivo” e a “vitalidade”, ou seja, as mulheres com maior nível de desejabilidade social referiram sentir-se menos deprimidas e mais activas (com mais vigor e energia);
- nos homens, maior desejabilidade social associou-se com maior bem-estar geral e maior bem-estar relacionado com a “ansiedade”, o “bem-estar positivo”, o “auto-controlo” e a vitalidade, isto é, os homens com maior nível de desejabilidade social referiram sentir-se com maior bem-estar geral, menos ansiosos e mais relaxados, mais alegres, com maior controlo do comportamento e emoções e mais activos (com mais vigor e energia).

QUADRO 18 – CORRELAÇÕES DA DESEJABILIDADE SOCIAL COM A EBEPG TOTAL E SUAS SUB-ESCALAS

		DESEJABILIDADE SOCIAL		
		Amostra	Mulheres	Homens
EBEPG	r	0,387	0,283	0,431
	p	< 0,001	0,086	0,001
Ansiedade	r	0,331	0,258	0,341
	p	0,001	0,118	0,012
Humor Depressivo	r	0,316	0,372	0,216
	p	0,002	0,021	0,117
Bem-Estar Positivo	r	0,317	0,201	0,353
	p	0,002	0,227	0,009
Auto-Controlo	r	0,308	0,214	0,333
	p	0,003	0,197	0,014
Saúde Geral	r	0,161	- 0,028	0,250
	p	0,125	0,869	0,068
Vitalidade	r	0,408	0,323	0,436
	p	< 0,001	0,048	0,001

Relativamente às barreiras ao cumprimento de um plano alimentar prescrito identificadas pelos participantes, verificou-se que o nível de desejabilidade social se correlacionou de forma negativa com o número total de barreiras

assinalado, sendo essa correlação significativa apenas para a amostra total e, quando avaliada por sexos, para os homens (Quadro 19).

QUADRO 19 – CORRELAÇÕES DA DESEJABILIDADE SOCIAL COM O NÚMERO TOTAL DE BARREIRAS ASSINALADAS

		DESEJABILIDADE SOCIAL		
		Amostra	Mulheres	Homens
Nº Total de Barreiras	ρ	- 0,222	- 0,128	- 0,314
	p	0,033	0,445	0,021

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

Como seria de esperar para uma população adulta, as participantes femininas apresentaram-se, em média, mais baixas que os homens. No entanto, apesar de os valores médios de peso corporal encontrados também terem sido inferiores nas mulheres, verificou-se que as participantes femininas manifestaram valores médios de IMC actual ligeiramente superiores aos dos homens, pelo que se poderá considerar que o grau de excesso de peso manifestado nas mulheres foi ligeiramente superior ao manifestado para o sexo masculino (Quadro 3).

Os participantes de ambos os sexos manifestaram o desejo de apresentar um peso (peso desejado) inferior ao actual mas, curiosamente, os valores ponderais médios apontados correspondem a valores médios de IMC (IMC desejado) considerados como de excesso de peso ($26,4 \text{ kg/m}^2$, $dp=2,5$ para a amostra total) (Quadro 3).

Estes resultados poderão estar relacionados com a possibilidade de os participantes indicarem como peso desejado, não aquele valor ponderal que realmente desejam ter, mas sim aquele que consideram possível de alcançar. Durante o preenchimento do protocolo aplicado, quando lhes era colocada a questão “Qual o peso que deseja ter?”, alguns participantes relatavam que desejavam ter o peso que tinham tido quando, por exemplo, eram solteiros ou antes de engravidar, mas que no momento actual já se sentiram satisfeitos se alcançassem um valor ponderal francamente inferior ao actual, mesmo que superior a esse peso apresentado em momentos do seu passado (pois esse já seria inalcançável).

Em futuros desenvolvimentos deste estudo, poderá ser interessante acrescentar uma metodologia que permita recolher dados que distingam o “peso desejado” do “peso desejado considerado alcançável”, de modo a poder analisar se esta discrepância de resultados poderá estar relacionada com

distinções entre “peso desejado” e “peso desejado considerado alcançável”, ou com inadequadas percepções dos valores normoponderais, ou com outras razões.

Resultados que relatam uma inadequada percepção da necessidade de perder peso, foram encontrados por Fonseca e col. que, ao estudarem uma amostra de adolescentes portugueses com excesso de peso e obesidade, verificaram que entre aqueles que reportaram não necessitar de fazer dieta porque o seu peso era correcto, 36,4 % foram classificados como tendo excesso de peso (44).

Em termos de percepção da imagem corporal, as mulheres identificaram-se, em média, com as silhuetas de excesso de peso que mais se aproximavam da realidade (IMC actual e IMC correspondente às silhuetas do modelo apresentado). Por sua vez, os homens identificaram-se com silhuetas que corresponderam a valores médios de IMC ligeiramente inferiores aos reais, isto é, viram-se menos volumosos do que realmente são (Quadro 5). Estas diferenças entre sexos poderão ter importância clínica, nomeadamente pela sua possível relação com factores motivacionais e na definição de objectivos.

Correia (45), ao avaliar a percepção da imagem corporal numa população adulta com excesso de peso, encontrou discrepâncias na auto-avaliação em que, não apenas os homens mas também as mulheres, apontaram uma imagem de si menor que a que representava o seu IMC actual, sendo essa diferença maior no sexo masculino.

Por seu lado, Leonhard e col. ao pretenderem avaliar a distorção na percepção e a insatisfação com a imagem corporal em indivíduos obesos, em que a metodologia utilizada para analisar a percepção da imagem corporal foi semelhante à deste estudo (ilustrações de nove silhuetas com IMC crescente da primeira para a nona imagem),, apresentaram resultados diferentes para a população feminina, ou seja, nesse estudo os participantes de ambos os sexos escolheram silhuetas que subestimavam a sua imagem actual, sendo essa sub-estimativa maior nas mulheres (46).

Relativamente à “imagem desejada”, isto é, a imagem apontada pelos participantes como aquela que desejariam ter, ambos os sexos relataram pretender alcançar uma imagem corporal dentro dos valores considerados como normoponderais (IMC no intervalo $[20, 25[$ kg/m²). Estes resultados vão ao encontro de vários estudos relacionados com a obesidade e a imagem corporal, que salientam o descontentamento dos indivíduos que apresentam excesso de peso e obesidade com a sua imagem corporal e o consequente desejo de apresentar uma imagem corporal considerada como socialmente melhor aceite, isto é, menos volumosa. Tal como Schwartz e col. afirmam, na sociedade moderna ocidental “existe uma clara evidência que a obesidade se relaciona com uma fraca imagem corporal”, denegrindo o excesso de peso e desfavorecendo imagens corporais mais volumosas (47).

Considerando esse desejo dos participantes por apresentar uma imagem corporal dentro dos valores considerados como normoponderais, e a já referida incorrecta noção dos valores da perda de peso necessária para alcançar essa imagem desejada, pode-se dizer que ambos os sexos precisam, em média, de perder mais peso do que aquele que relatam no “peso desejado” para alcançar os valores normoponderais identificados nas imagens desejadas (Quadros 3, 4 e 5).

Curiosamente, Rguibi e col. utilizaram também a mesma metodologia para analisar a percepção da imagem corporal mas em mulheres Sahraoui (população do sul de Marrocos), às quais foi pedido para identificarem as silhuetas que consideravam melhor representar a sua imagem ideal e a imagem mais saudável. Os factores sócio-culturais dessa população marroquina privilegiam as mulheres mais volumosas, pelo que, apesar de apresentarem uma elevada prevalência de excesso de peso e obesidade, a grande maioria das mulheres Sahraoui descreveu a sua imagem corporal como apropriada e socialmente aceite. Mas, o que não deixa de chamar a atenção, é que essas mesmas mulheres parecem reconhecer que essa situação ponderal não é saudável, uma vez que os resultados ponderais calculados para a “imagem ideal” foram significativamente maiores que os calculados para a “imagem saudável” (48).

Mesmo reconhecendo os potenciais prejuízos para a sua saúde, o fenómeno da aceitação social parece ser mais importante, o que nos leva mais uma vez a questionar se os indivíduos com excesso de peso pretendem realmente perder peso ou apenas o referem pretender devido à sociedade em que estão inseridos

Quanto à imagem correspondente ao ideal de beleza para o sexo oposto, apesar de os resultados obtidos na amostra feminina serem diferentes dos obtidos na amostra masculina (as mulheres preferem os homens cerca de 1 ponto abaixo do que desejam para elas mesmas e os homens preferem as mulheres ponderalmente semelhantes a eles), os participantes de ambos os sexos seleccionaram as silhuetas correspondentes a valores normoponderais mais baixos, sendo a diferença entre imagem desejada e imagem ideal para o sexo oposto maior no sexo feminino. (Quadro 4).

Comparativamente com os resultados obtidos por Correia numa população adulta com excesso de peso, pode-se verificar que existem semelhanças apenas para o sexo feminino, ou seja, nos homens desse estudo, a imagem corporal que indicaram para o sexo oposto estava acima da sua imagem desejada, enquanto que para as mulheres sucedeu o inverso (45).

No que se refere às correlações entre o nível de desejabilidade social e as imagens seleccionadas, não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa (Quadro 16). Esta ausência de associação com a desejabilidade social, implica que a origem das discrepâncias entre imagens e das diferenças entre sexos, resulte de outros factores que não apenas a tendência para transmitir uma imagem culturalmente aceitável face ao profissional de saúde.

Apesar de os participantes de ambos os sexos terem referido apresentar baixos níveis de bem-estar relacionados com o seu estado geral de saúde, o seu peso e a sua imagem corporal, foi a amostra feminina que apresentou maiores níveis de mal-estar relacionados com esses parâmetros. Do mesmo modo, ambos os grupos de participantes relataram preocupar-se com o peso, a imagem corporal e a realização de uma alimentação correcta, mas foi na amostra feminina que se verificou o nível mais elevado dessas preocupações

(Quadro 6). Isto é, ambos os grupos de participantes referiram não se sentirem bem com os parâmetros avaliados, pelo que se compreende que também se preocupem mais com essas situações, sendo esses níveis médios de preocupação relatados tanto maiores quanto mais elevado foi o nível de mal-estar referido, ou seja, na amostra feminina.

Com o mesmo objectivo de avaliar o nível de bem-estar psicológico em indivíduos com excesso de peso, mas apenas analisando uma população feminina, Annis e col. verificaram que as mulheres que habitualmente apresentavam excesso ponderal ($IMC > 25,0 \text{ Kg/m}^2$) relataram, comparativamente com aquelas que nunca apresentaram excesso de peso, maior insatisfação/angústia corporal, maior preocupação com o excesso de peso, menor auto-estima e menor satisfação com a vida (49). Os autores justificam esses resultados tendo em vista os exigentes modelos de aparência física das sociedades ocidentais e as suas atitudes e comportamentos discriminatórios “anti-gordura”, pelo que consideram que “não é de estranhar que os obesos experimentem consequências psicológicas do seu peso”.

No que respeita à determinação dos factores considerados mais importantes para o ganho de peso, foi atribuída maior importância aos factores relacionados com a alimentação e a actividade física, ou seja, os participantes responsabilizaram os erros alimentares e/ou a reduzida prática de actividade física, como principais responsáveis pelo ganho de peso (Quadros 6, 7 e 8).

Perante estes resultados, em que a amostra parece estar consciente de importantes causas para o seu excesso de peso, torna-se necessário encontrar formas adequadas de incentivar os participantes a realizar uma alimentação correcta, com ensinamento das regras de uma alimentação saudável e das formas mais adequadas para cada um as alcançar, assim como encorajar a prática regular de exercício físico, de modo a combater o sedentarismo identificado.

Considerando o nível de bem-estar psicológico dos participantes (escala EBEPG), em que a amostra feminina se caracterizou por apresentar maior mal-

estar psicológico do que a masculina (Quadro 10), e as correlações encontradas com o nível de desejabilidade social (Quadro 18), podemos admitir que essa associação entre a desejabilidade social e os relatos de maior bem-estar, podem condicionar a intervenção nestes doentes. Alguns factores geradores de mal-estar, associados ao excesso de peso e à intervenção, podem ser encobertos pela tendência para transmitir uma imagem que vá ao encontro das expectativas do profissional de saúde. Esta possível consequência, condicionará o sucesso da intervenção em doentes com níveis mais elevados de desejabilidade social.

A amostra feminina identificou maior número de barreiras ao cumprimento de um plano alimentar prescrito do que a masculina (Quadro 11), sendo semelhantes os valores encontrados nos 2 grupos femininos “sem consulta anterior” e “com consulta anterior” (Quadro 12). É provável que essas participantes, mesmo aquelas que referiram não ter tido qualquer consulta de nutrição anterior ao preenchimento do questionário, estejam mais habituadas a tentar realizar regimes alimentares do que os homens, até porque o sexo feminino referiu apresentar, em média, maior preocupação em ter uma alimentação correcta (Quadro 6).

Correia e col (29) ao avaliarem as barreiras identificadas por doentes com excesso de peso ao cumprimento da terapêutica dietética numa segunda consulta de nutrição, verificaram que 93% das mulheres e 99% dos homens indicaram algum grau de dificuldade no cumprimento dessa terapêutica. Ao relacionarem essas barreiras com outras características, verificaram que as mulheres pareceram dar mais importância a factores psicológicos e os homens às propriedades sensoriais. Apesar de não ser possível comparar resultados, uma vez que no presente estudo apenas se contabilizou o número total de barreiras relatado pelos participantes de modo a estudar as suas relações com o nível de desejabilidade social apresentado pelos mesmos, não deixa de ser interessante realçar a importância de continuar a avaliar as razões que favorecem o incumprimento de terapêuticas dietéticas, de modo a melhor compreendermos estes doentes e, assim, os ajudarmos no sentido de alcançarem maiores êxitos.

No que respeita às correlações, por sexos, entre o nível de desejabilidade social e o número total de barreiras assinalado, apenas se encontraram correlações estatisticamente significativas para a amostra masculina, em que o maior nível de desejabilidade social se associou com menor número de barreiras (Quadro 19). Por outras palavras, pode-se dizer que, enquanto para as mulheres o nível de desejabilidade social não parece afectar o número total de barreiras assinalado, para os homens, o facto de tenderem a transmitir uma imagem socialmente favorável poderá levar a que não reconheçam tantas barreiras.

Por comparação destes resultados com os obtidos por Poínhos e col. (30), verificou-se que, para as mulheres, em ambos os trabalhos não foi possível estabelecer associações entre o nível de desejabilidade social e o número total de barreiras assinalado.

No que respeita à desejabilidade social, em que os valores médios encontrados para a amostra feminina (21,5) foram inferiores aos encontrados para a masculina (22,9) (Quadro 13), e considerando resultados de outros trabalhos que utilizaram a escala de desejabilidade social na população portuguesa, verificou-se que Barros e col. (22) referiram, para uma população universitária, valores médios de desejabilidade social de 17,6 para o sexo feminino e de 17,9 para o sexo masculino; por sua vez, Poínhos e col (30) referem, para uma amostra adulta feminina, valores médios de desejabilidade social de 20,9.

Por comparação com esses resultados, pode-se considerar que a amostra deste estudo apresentou, em média, valores elevados de desejabilidade social, tendo o mesmo se verificado por comparação com resultados obtidos para populações não portuguesas: Ribas e col. (26) referem valores médios de desejabilidade social de 17,7 para ambos os sexos de uma população brasileira, e Larson e col. (50) referem, para uma população americana, valores médios de desejabilidade social de 18,0 para as mulheres e de 13,8 para os homens.

O facto de os participantes do presente estudo serem utentes de consultas de nutrição do seu local de trabalho, implica que, quando se dirigem a essa consulta, já têm uma ligação com o departamento médico desse local laboral, o que pode justificar o elevado nível de desejabilidade social manifestado, mesmo em situação de primeira consulta.

É também o considerar a existência de diferentes contextos de aplicação da escala de desejabilidade social, quando se comparam os resultados obtidos com os de Poínhos e col (30), em que neste último o local da consulta não se relacionava com o local de trabalho, que poderá explicar o facto de, no presente estudo, contrariamente aos resultados verificados pelos autores citados, não se terem encontrado diferenças no nível de desejabilidade social de acordo com terem tido ou não consulta de nutrição anterior (Quadro 15).

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos evidenciam a importância de avaliar a desejabilidade social em doentes com excesso de peso. Para além das implicações teóricas e para a investigação, foi salientada a importância da consideração deste constructo para a intervenção.

O eventual enviesamento da informação transmitida ao profissional de saúde, pode influenciar decisões e prioridades assumidas por este, condicionando propostas terapêuticas e, consequentemente, o sucesso da intervenção. Salientam-se as associações da desejabilidade social com o nível de bem-estar psicológico e com a identificação de barreiras ao cumprimento de um plano alimentar prescrito.

Este trabalho não pretendeu examinar de forma exaustiva as relações e implicações da desejabilidade social com doentes com excesso de peso em contexto clínico. Foi sobretudo objectivo deste estudo levantar questões e abrir campos de investigação numa área ainda relativamente pouco explorada face às suas potencialidades para maximizar os resultados terapêuticos. Em trabalhos futuros será útil explorar, de forma mais detalhada, as associações encontradas, nomeadamente tentando definir, de modo mais específico, as características dos doentes em que elas se mostrem mais fortes e definindo estratégias para lidar com os seus efeitos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Geneva 2003; Technical Report Series 916
- (2) Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Galvão-Teles A. Prevalence of obesity in Portugal. Obesity Reviews 2006; 7, 233-237
- (3) Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular Normativa Nº 03/DGCG, 17/03/2005
- (4) Halpern A. Obesidade. Arq Bras Endocrinol Metab 2000; vol. 44, nº1
- (5) WHO (2006) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. [On-line] available: www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en
- (6) World Health Organization. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: Summary. WHO Regional Office for Europe 2007
- (7) Poínhos R, Franchini B, Afonso C, Correia F, Teixeira VH, Moreira P, Durão C, Pinho O, Silva D, Lima Reis JP, Veríssimo T, de Almeida MDV. Alimentação e Estilos de Vida da População Portuguesa: Metodologia e Resultados Preliminares. Alimentação Humana 2009; 15(3), 43-60
- (8) World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO, May 2004.
- (9) Moreira P, Padrão P. Educational, economic and dietary determinants of obesity in Portuguese adults: A cross-sectional study. Eating Behaviors 2006; 7, 220-228
- (10) Peeters A et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. Annals of Internal Medicine 2003; 138, 24-32
- (11) Department of Health-Economic and Operational Research. Life expectancy projections, Government Actuary's Department: estimated effect of obesity (based on straight line extrapolation of trends). London, The Stationery Office 2004

- (12) Rebelo A, Leal I. Factores de Personalidade e Comportamento Alimentar em mulheres portuguesas com Obesidade Mórbida: Estudo Exploratório. Anal Psicol 2007; 3(XXV), 467-477
- (13) Emagrecer com Saúde_ ROCHE 2007 (elaborado com base em “Obesidade e sua terapêutica – Relatório de Consenso 2001 – Sociedade Portuguesa par o Estudo da Obesidade (SPEO) in www.roche.pt/emagrecer
- (14) Travado L, Pires R, Martins V, Ventura C, Cunha S. Abordagem Psicológica da Obesidade Mórbida: caracterização e apresentação do Protocolo de Avaliação Psicológica. Análise Psicológica 2004; 3 (XXII), 533-550
- (15) Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar (parte da dissertação de Mestrado intitulada “Estágios de Mudança de Comprtamento e sua relação com o consumo alimentar de adolescentes”, defendidae em Março de 2006 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo). Universidade de São Paulo, 0026/2007
- (16) Weinsier RL, Hunter GR, Desmond RA, Byrne NM, Zuckeman PA, Darnell BE. Free living activity energy expenditure in women successful and unsuccessful at maintaining a normal body weight. Am J Clin Nutr 2002; 75, 499-504
- (17) Van Baak MA, Van Mil E, Astrup AV, Finer N, Van Gaal LF, Hilsted J, Kopelman PG, Rossner S, James WP, Saris WH, STORM Study Group. Leisure-time activity is an important determinant of long-term weight maintenance after weight loss in the Sibutramine Trial on Obesity Reduction and Maintenance (STORM trial). Am J Clin Nutr 2003; 78(2), 209-214
- (18) Brooks GA, Butte NF, Rand WN, Flatt JP, Cabalero B. Chronicle of the Institute of Medicine physical activity recommendation: how a physical recommendation came to be among dietary recommendations. Am J Clin Nutr 2004; 79(5), 921S-930S
- (19) Hansen KC, Zhang Z, Gomez T, Adams AK, Schoeller DA. Exercise increases the proportion of fat utilization during short-term consumption of a high-fat diet. Am J Clin Nutr 2007; 88, 109-116

- (20) Dunn CL, Hannan PJ, Jeffery RW, Sherwood NE, Pronk NP, Boyle R. The comparative and cumulative effects of a dietary restriction and exercise on weight loss. *International Journal of Obesity* 2006; 30, 112-121
- (21) Wadden TA, Butryn ML, Byrne KJ. Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obes Res* 2004; 12 Suppl, 151S-162S
- (22) Barros R, Moreira P, Oliveira B. Influência da Desejabilidade Social na Estimativa da Ingestão Alimentar obtida através de um Questionário de Frequência de Consumo Alimentar. *Acta Méd Port* 2005; 18, 241-248
- (23) Oliveira JHB. Desejabilidade Social: um construto de difícil avaliação. *Psychologica* 2004; 35, 223-247
- (24) Hebert JR, Peterson KE, Hurley TG, Stoddard AM, Cohen N, Field AE, Sorensen G. The effect of social desirability trait on self-reported dietary measures among multi-ethnic female health center employees. *Ann Epidemiol* 2001; 11(6), 417-427
- (25) Hebert JR, Ma Y, Clemow L, Ockene IS, Saperia G, Stanek EJ 3rd, Merriam PA, Ockene JK. Gender differences in social desirability and social approval bias in dietary self-report. *Am J Epidemiol* 1997; 146(12), 1046-1055
- (26) Ribas Jr RC, Moura ML, Hutz CS. Adaptação Brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. *Aval Psicol* 2004; 3, n2
- (27) Neto JGC, Santoa AF. “Lindos de Morrer”: os riscos do culto ao corpo. *Ver Brás Educ Fis Esp* 2006; 20(S5), 403-425
- (28) Kilbourne J. Can't buy my love: how advertising changes the way we think and feel. *New York Touchstone* 1999, Capítulo 11
- (29) Correia F, Vaz de Almeida MD, Pinhão S, Poínhos R, Oliveira BMP, Medina JL, Galvão-Teles A. Barreiras ao Tratamento Dietético da Obesidade. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo* 2007; 01 78 Abstract Book
- (30) Poínhos R, Correia F, Faneca M, Ferreira J, Gonçalves C, Pinhão S, Medina JL. Desejabilidade Social e Barreiras ao Cumprimento da Terapêutica Dietética em Mulheres com Excesso de Peso. *Acta Médica Portuguesa* 2008; 21, 221-228
- (31) Garrow J, Sadler MJ, Strain JJ, Caballero B. Obesity. *Encyclopaedia of Human Nutrition* 1999; 1st edition. Academic Press. London: 1430-1446

- (32) Gibson RS. Principles of Nutritional Assessment. Oxford University Press 1990; Oxford.
- (33) Garrow JS, James WPT, Ralph A. Composition of the body. Human Nutrition and Dietetics 2000, 10th edition, Churchill Livingstone: 13-23
- (34) Pudiel V, Becker K, Westenhöfer J. Ausgewählte Sozio-Kulturelle Einflüsse auf das Ernährungsverhalten. In Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) Ernährungsbericht 1992. Frankfurt: Druckerei Henrich, 1992: 177-222.
- (35) Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. J Consult Psicol 1960; 24, 349-354
- (36) Crowne DP, Marlowe D. Social desirability and response to perceived situational demands J Consult Psicol 1961; 25, 109-115
- (37) Crowne DP, Marlowe D. The approval motive: Studies in evaluative dependence. New York: Wiley; 1964
- (38) Dupuy HJ. The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. In: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD and Elinson J, editors. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. New York: Le Jacq Publishing Ltd, 1984: 170-183.
- (39) Bowling A. Measuring health - A review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press, 1991; 163.
- (40) Revicki DA, Leidy NK, Howland L. Evaluating the psychometric characteristics of the Psychological General Well-Being Index with a new response scale. Qual Life Res 1996; 5: 419-425.
- (41) Finney DJ. Statistics for biologists 1980. Chapman and Hall. London
- (42) Garrow JS, James WPT, Ralph A. Obesity. Human Nutrition and Dietetics 2000, 10th edition, Churchill Livingstone: 527-545
- (43) Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285(19), 2486-2497
- (44) Fonseca H, Matos MG, Carvalhosa S. Obesity, overweight and psychosocial correlates of body image among Portuguese youth. Journal of Adolescent Health 2003, 32(2), 125

- (45) Correia MF. Determinantes Psico-Afectivas e Sócio-Culturais no Tratamento da Obesidade. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas, Especialidade em Medicina Preventiva e Saúde Pública. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, 2004.
- (46) Leonhard ML, Barry NJ. Body image and obesity: effects of gender and weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors* 1998, 23(1), 31-34
- (47) Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image* 2004, 1, 43-56
- (48) Rguibi M, Belahsen R. Body size preferences and sociocultural influences on attitudes towards obesity among Moroccan Sahraoui women. *Body Image* 2006, 3, 395-400
- (49) Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image* 2004, 1, 155-167
- (50) Larson MR. Social Desirability and self-reported weight and height. *Int J Obes* 2000; 24, 663-665
- (51) IASO: Joint response of the International Obesity TaskForce and the European Association for the Study of Obesity to the Comissiono f the European Communities Green Paper “Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and diseases”.
- (52) International Obesity Task Force, EU Platform Briefing Paper. EU Platform on Diet, Physical Activity and Healyh. IASO 2005, Brussels
- (53) The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. WHO, Geneva 2002
- (54) Cho J, Juon HS. Assessing overweight and obesity risk among Korean Americans in California using World Health Organization body mass index criteria for Asians. *Prev Chronic Dis* 2006; 3(3), A79
- (55) Gary D, Foster PhD, Cathy A. Managing Obesity – A Clinical Guide. American Dietetic Association 2004; chapter 4 (Thomas A, Wadden PhD. Behavioral Treatment), 63-90

- (56) Moreira P. Obesidade – muito peso, várias medidas. Coleção Compreender a Doença, 2ª ed 2006; cap. (Peso e comportamento alimentar: o que avaliar?), 71-87
- (57) Galvão-Teles A. A obesidade. Comportamentos, Alimentação e Saúde. Texto Editora, 1ª Edição, Lisboa, 1989. Cap. 9, Sampaio D, Flores T. Aspectos psicológicos da obesidade, 79-83.
- (58) Galvão-Teles A. A obesidade. Comportamentos, Alimentação e Saúde. Texto Editora, 1ª Edição, Lisboa, 1989. Parte III, Galvão-Teles e colaboradores. Tratamento e Prevenção, 89-147
- (59) Poínhos R, Correia F, Gonçalves C, Ferreira J, Faneca M, Freitas P, Medina JL. Avaliação da Desejabilidade Social em Indivíduos com Excesso de Peso - Resultados Preliminares. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo 2007; 01 78 Abstract Book
- (60) Hebert JR, Hurley TG, Peterson KE, Resnicow K, Thompson FE, Yaroch AL, Ehkers M, Midthune D, Williams GC, Greene GW, Nebeling L. Social desirability trait influences on self-reported dietary measures among diverse participants in a multicenter multiple risk factor trial. J Nutr 2008; 138(1), 226S-234S
- (61) Correia F, Poínhos R, Gonçalves C, Ferreira J, Faneca M, Freitas P, Medina JL. Desejabilidade Social e Barreiras ao Cumprimento da Terapêutica Dietética em Indivíduos com Excesso de Peso - Resultados Preliminares. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo 2007; 01 78 Abstract Book
- (62) Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss and weight loss maintenance. J Pers Soc Psychol 1996; 70: 115-126
- (63) Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss maintenance. J Pers Soc Psychol 1996; 70, 115-126
- (64) Peres E. Emagrecer. Por que se engorda e como se emagrece? Editorial Caminho, 2ª edição, 1997
- (65) Myers TA, Crowther JH. Sociocultural pressures, thin-ideal internalization, self-objectivation, and body dissatisfaction: could feminist beliefs be a moderating factor? Body Image 2007; 4(3), 296-308

-
- (66) Cachelin FM, Monreal TK, Juarez LC. Body image and size perceptions of Mexican American women. *Body Image* 2006; 3, 67-75
- (67) Carlson Jones D. Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Dev Psychol* 2004; 40(5), 823-835
- (68) Knauss C, Paxton SJ, Alsaker FD. Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from the media in adolescent boys and girls. *Body Image* 2007; 4(4), 353-360
- (69) Swami V, Tovée MJ. The relative contribution of profile body shape and weight to judgements of women's physical attractiveness in Britain and Malaysia. *Body Image* 2007; 4(4), 391-396
- (70) Swami V, Tovée MJ. Perceptions of female body weight and shape among indigenous and urban Europeans. *Scand J Psychol* 2007; 48(1), 43-50
- (71) Swami V, Smith J, Tsiokris A, Georgiades C, Sangareau Y, Tovée MJ, Furnham A. Male physical attractiveness in Britain and Greece: a cross-cultural study. *J Soc Psychol* 2007; 147(1), 15-26
- (72) Blokstra A, Burns LM, Seidell JC. Perception of weight status and dieting behaviour in Dutch men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23(1), 7-17
- (73) Cavalcanti APR, Dias MB, Casta MJC. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos de Psicologia* 2005; 10(1), 121-129
- (74) Garcia RWG. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de S. Paulo. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13(3)
- (75) He K, Hu FB, Colditz GA, Manson JE, Willett WC, Liu S. Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28(12), 1569-1574
- (76) Liu S, Willett WC, Manson JE, Hu FB, Rosner B, Colditz G. Relation between changes in intake of dietary fiber and grain products and changes in weight and development of obesity among middle-aged women. *Am J Clin Nutr* 2003; 78(5), 920-927

- (77) Nordmann AJ, Nordmann A, Briel M, Keler U, Yancy WS Jr, Brehm BJ, Bucher HC. Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors. *Arch Intern Med* 2006 Feb 13; 166(3): 285-93
- (78) Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2006; 84(2), 274-288
- (79) Peres E. Saber comer para melhor viver. Ed. Caminho, 4ª edição 2000; cap 13. PAS, pag. 155-158
- (80) Ekeund U, Brage S, Froberg K, Harro M, Anderssen SA, Sardinha LB, Riddoch C, Andersen LB. TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: The European Youth Heart Study (2006). *PLoS Med* 2006; 3(12), e488
- (81) Ekelund U, Sardinha LB, Andresen SA, Harro M, Franks PW, Brage S, Cooper AR, Andersen LB, Riddoch C, Froberg K. Associations between objectively assessed physical activity and indicators of body fatness in 9-to 10-y-old European children; a population-based study from 4 distinct regions in Europe (the Heart Youth Heart Study). *Am J Clin Nutr* 2004 Sep; 80(3): 584-90
- (82) Litman AJ, Kristal AR, White E. Effects of physical activity intensity, frequency, activity type on 10-y weight change in middle-aged men and women. *Int J Obes (Lond)* 2005; 29: 524-533
- (83) Saris W, Blair S, van Baak M, Eaton S, Davies P et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obes Rev* 2003; 4: 101-114
- (84) Haves S. Factors associated with fruit and vegetable consumption among women participating in WIC. *J Am Diet Assoc* 1998; 98, 1141-1148
- (85) Buttriss JL. Food and nutrition: attitudes, beliefs and knowledge in the United Kingdom. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(S), 1985-1995
- (86) Gee GC, Ro A, Gavin A, Takeuchi DT. Disentangling the Effects of Racial and Weight Discrimination on Body Mass Index and Obesity Among Asian Americans. *Am J Public Health* 2008; 30
- (87) Bates LM, Acevedo-Garcia D, Alegria M, Krieger N. Immigration and generational trends in body mass index and obesity in the United States: results of the National Latino and Asian American Survey, 2002-2003. *Am J Public Health* 2008; 98(1), 70-77

- (88)** Gee GC, Spencer MS, Chen J, Takeuchi D. A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *Am J Public Health* 2007; 97(7), 1275-1282
- (89)** Swami V, Tovée MJ. Does hunger influence judgments of female physical attractiveness? *Br J Psychol* 2006; 97(Pt3), 353-363
- (90)** Presnell K, Bearman SK, Stice E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescents boys and girls: a prospective study. *Int J Eat Disord* 2004; 36(4), 389-401
- (91)** Lauderdale DS, Rathouz PJ. Body mass index in a US national sample of Asian Americans: effects of nativity, years since immigration and socioeconomic status. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24(9), 1188-1194
- (92)** Malinauskas BM, Raedeke TD, Aeby VG, Smith JL, Dallas MB. Dieting practices, weight perceptions, and body composition: a comparison of normal weight, overweight, and obese college females. *Nutr J* 2006; 31, 5-11
- (93)** Calderon LL, Yu CK, Jambazian P. Dieting practices in high school students. *J Am J Diet Assoc* 2004; 104(9), 1369-1374

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES (PARTE A)

PARTE A ID _____

Data: ____/____/____

Data da 1ª consulta: ____/____/____

Nº de consultas anteriores: ____

Sexo: F ____ M ____

Idade: ____ anos

Escolaridade: ____ anos

Estatura: ____ cm

Peso actual: ____ kg

Peso desejado: ____ kg

PC ____ cm

PA: ____ cm

IMC: ____ Kg/m²

Respostas (ver Anexo I)

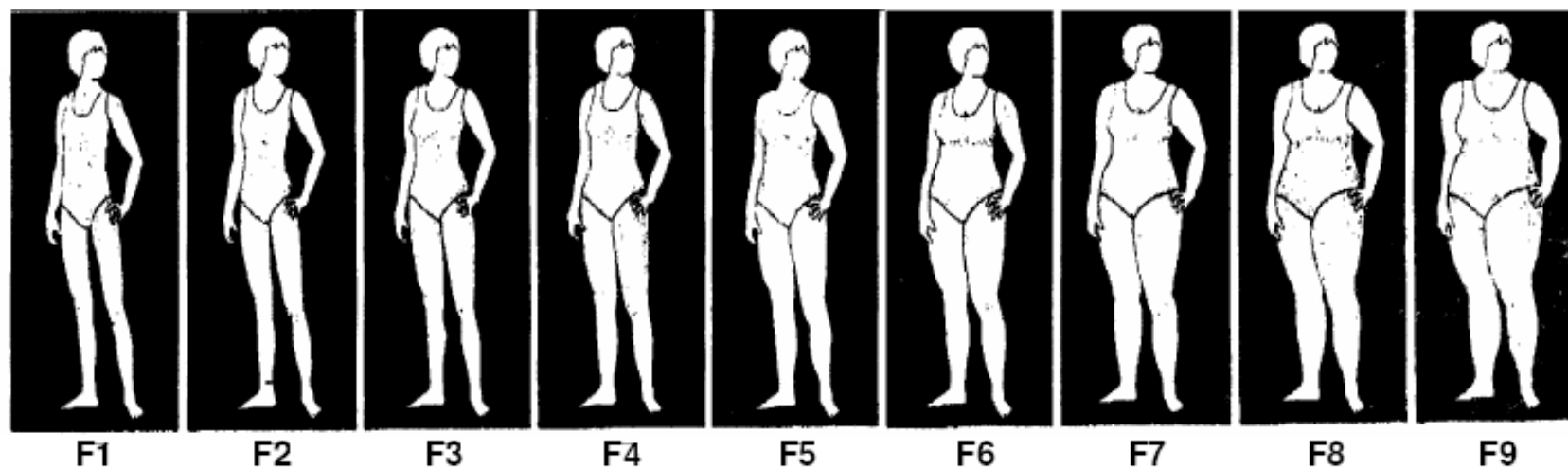
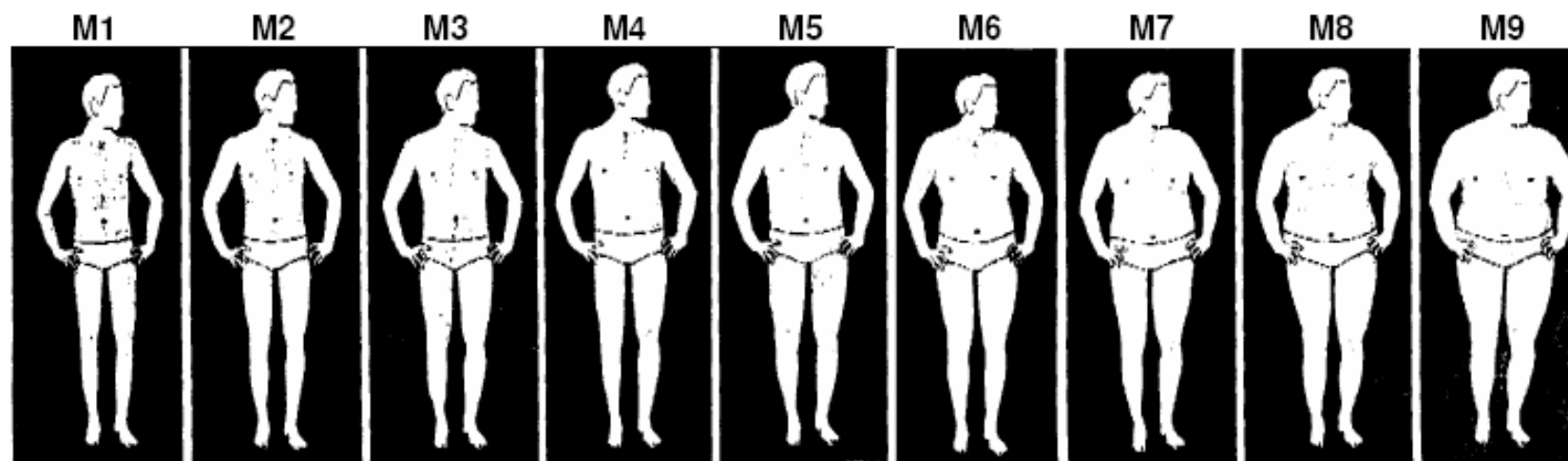
Imagem actual	
Imagem que desejaria ter	
Ideal de beleza para o sexo oposto	

Respostas (ver Anexo II)

Como considera actualmente o seu estado geral de saúde?	
Como se sente actualmente em relação ao seu peso?	
Como se sente actualmente em relação à sua imagem corporal?	
Preocupa-se com o seu peso?	
Preocupa-se com a sua imagem corporal?	
Preocupa-se em ter uma alimentação correcta?	
Qual o factor que mais influencia o ganho de peso?	
_____ _____ _____	
Que factores considera mais importantes para o ganho do peso?	

**ANEXO II – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES (PARTE A,
ANEXO 1)**

PARTE A – ANEXO 1



ANEXO III – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES (PARTE A, ANEXO 2)

PARTE A – ANEXO 2

Como considera actualmente o seu estado geral de saúde?

__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Muito mau						Muito bom

Como se sente actualmente em relação ao seu peso?

__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Muito mal						Muito bem

Como se sente actualmente em relação à sua imagem corporal?

__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Muito mal						Muito bem

Preocupa-se com o seu peso?

__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Não, nada						Sim, muito

Preocupa-se com a sua imagem corporal?

__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Não, nada						Sim, muito

Preocupa-se em ter uma alimentação correcta?

__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Não, nada						Sim, muito

Qual o factor que mais influencia o ganho de peso?

Que factores considera mais importantes para o ganho do peso?

__1__	__2__	__3__	__4__	__5__	__6__	__7__
Alimentação e actividade física			(importância semelhante)			Factores genéticos, familiares

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES (PARTE B)

PARTE B ID _____

A lista que se segue consiste num conjunto de 33 afirmações relacionadas com atitudes e características pessoais.

Leia cada item e decida se cada afirmação é verdadeira (V) ou falsa (F), no que diz respeito à sua personalidade.

		V	F
1	Antes de votar investigo minuciosamente as qualificações de todos os candidatos.	☐	☐
2	Nunca hesito em me esforçar para ajudar alguém em apuros.	☐	☐
3	Por vezes é-me difícil continuar a trabalhar se não for encorajado.	☐	☐
4	Nunca antipatizei intensamente com ninguém.	☐	☐
5	Já tive dúvidas acerca da minha capacidade para ser bem sucedido.	☐	☐
6	Às vezes sinto-me aborrecido quando não consigo fazer as coisas à minha maneira.	☐	☐
7	Sou sempre muito cuidadoso na minha maneira de vestir.	☐	☐
8	Em casa, a minha maneira de estar à mesa é tão boa como num restaurante.	☐	☐
9	Provavelmente iria ao cinema sem pagar, se tivesse a certeza que não era visto.	☐	☐
10	Em algumas ocasiões, tenho desistido de fazer algumas coisas por acreditar pouco nas minhas capacidades.	☐	☐
11	Por vezes gosto de falar da vida dos outros.	☐	☐
12	Houve vezes em que me apeteceu revoltar contra pessoas de autoridade, mesmo sabendo que tinham razão.	☐	☐
13	Sou sempre um bom ouvinte, independentemente de com quem estiver a falar.	☐	☐
14	Lembro-me de já ter fingido estar doente para escapar de alguma coisa.	☐	☐
15	Houve ocasiões em que já me aproveitei de alguém.	☐	☐
16	Quando cometo um erro, estou sempre disposto a admiti-lo.	☐	☐
17	Tento sempre pôr em prática aquilo que defendo.	☐	☐
18	Não acho particularmente difícil conviver com pessoas desagradáveis.	☐	☐
19	Às vezes tento vingar-me, em vez de desculpar e esquecer.	☐	☐
20	Quando não sei alguma coisa, não me custa nada admiti-lo.	☐	☐
21	Sou sempre delicado, mesmo para pessoas que são desagradáveis.	☐	☐
22	Houve alturas em que insisti em fazer as coisas à minha maneira.	☐	☐
23	Houve ocasiões em que já tive vontade de partir tudo.	☐	☐
24	Nunca deixaria que alguém fosse punido pelos meus erros.	☐	☐
25	Nunca me ofendo por me pedirem para retribuir um favor.	☐	☐
26	Nunca fico aborrecido quando expressam ideias muito diferentes das minhas.	☐	☐
27	Nunca faço uma viagem longa sem verificar a segurança do carro.	☐	☐
28	Houve vezes em que senti inveja da sorte dos outros.	☐	☐
29	Quase nunca senti vontade de dar um raspanete a alguém.	☐	☐
30	Às vezes fico irritado quando as pessoas me pedem favores.	☐	☐
31	Nunca senti que fui punido sem motivo.	☐	☐
32	Às vezes penso que quando as pessoas sofrem uma desgraça, só tiveram aquilo que mereceram.	☐	☐
33	Nunca disse, propositadamente, algo para magoar alguém.	☐	☐

Todas as perguntas e afirmações que se seguem referem-se a sintomas e sentimentos vividos durante o último mês.

Por favor coloque uma cruz na opção correspondente à sua resposta.

1. Como se tem sentido em geral? (*durante o último mês*)

- ☐ De excelente humor.
- ☐ De muito bom humor.
- ☐ De bom humor quase sempre.
- ☐ Tenho altos e baixos com frequência.
- ☐ Quase sempre de mau humor.
- ☐ De muito mau humor.

2. Com que frequência tem doenças, indisposições ou dores? (*durante o último mês*)

- ☐ Todos os dias.
- ☐ Quase todos os dias.
- ☐ Cerca de metade do tempo.
- ☐ De vez em quando mas menos de metade do tempo.
- ☐ Raramente.
- ☐ Nunca.

3. Sente-se deprimido(a)? (*durante o último mês*)

- ☐ Sim – a ponto de pensar em me matar.
- ☐ Sim – a ponto de não ligar a nada.
- ☐ Sim – muito deprimido(a) quase todos os dias.
- ☐ Sim – bastante deprimido(a) muitas vezes.
- ☐ Sim – um pouco deprimido(a) de vez em quando.
- ☐ Não – nunca me senti deprimido(a).

4. Tem tido controle firme do seu comportamento, pensamentos, emoções ou sentimentos? (*durante o último mês*)

- ☐ Sim, claramente.
- ☐ Sim, quase sempre.
- ☐ Geralmente.
- ☐ Não muito bem.
- ☐ Não e estou de certo modo perturbado(a) com isso.
- ☐ Não e estou muito perturbado com isso.

5. Tem sido incomodado(a) pelo nervosismo ou pelos seus nervos? (*durante o último mês*)

- ☐ Extremamente – a ponto de não poder trabalhar ou tratar das coisas.
- ☐ Muito.
- ☐ Bastante.
- ☐ Um pouco – o suficiente para me incomodar.
- ☐ Um pouco.
- ☐ Nada.

6. Que energia, vigor ou vitalidade teve ou sentiu? (*durante o último mês*)

- ☐ Muito cheio(a) de energia e de vigor.
- ☐ Bastante energia a maior parte do tempo.
- ☐ O meu nível de energia variou bastante.
- ☐ Geralmente pouca energia ou vigor.
- ☐ Muito pouca energia ou vigor a maior parte do tempo.
- ☐ Nenhuma energia ou vigor – sentia-me esgotado (a).

7. Senti-me abatido(a), melancólico(a).
(durante o último mês)

- ☐ Nunca.
- ☐ Parte do tempo.
- ☐ Algumas vezes.
- ☐ Bastantes vezes.
- ☐ A maior parte do tempo.
- ☐ Todo o tempo.

8. Esteve geralmente tenso(a) ou sentia alguma tensão? (durante o último mês)

- ☐ Sim – extremamente tenso(a), a maior parte do tempo.
- ☐ Sim – muito tenso(a), a maior parte do tempo.
- ☐ Geralmente não tenso(a) mas sentia-me bastante tenso(a) algumas vezes.
- ☐ Sentia-me um pouco tenso(a) algumas vezes.
- ☐ O meu nível geral de tensão era bastante baixo.
- ☐ Nunca me senti tenso(a).

9. Que felicidade, satisfação ou prazer tem tido na sua vida pessoal? (durante o último mês)

- ☐ Extremamente feliz – não poderia estar mais satisfeito(a) ou contente.
- ☐ Muito feliz quase sempre.
- ☐ Geralmente satisfeito(a), contente.
- ☐ Às vezes bastante feliz.
- ☐ Às vezes bastante infeliz.
- ☐ Muito insatisfeito, infeliz.

10. Sentia-se com saúde suficiente para levar a cabo as coisas que gostaria ou tinha de fazer? (durante o último mês)

- ☐ Sim – perfeitamente.
- ☐ Para a maior parte.
- ☐ Problemas de saúde limitaram-me de certa forma.
- ☐ Eu tinha saúde suficiente apenas para tratar de mim mesmo(a).
- ☐ Eu precisava de alguma ajuda para tratar de mim.
- ☐ Eu precisava de alguém para me ajudar na maior parte ou todas as coisas que tinha de fazer.

11. Sentiu-se triste, desencorajado(a), desesperado(a)? (durante o último mês)

- ☐ Extremamente – a ponto de quase desistir de tudo.
- ☐ Muito.
- ☐ Bastante.
- ☐ Algumas vezes – o suficiente para me incomodar.
- ☐ Um pouco.
- ☐ Nada.

12. Acordei sentindo-me fresco(a) e descansado(a). (durante o último mês)

- ☐ Sempre.
- ☐ Sim, quase todos os dias.
- ☐ Bastantes vezes.
- ☐ Algumas vezes.
- ☐ Poucas vezes.
- ☐ Nunca.

13. Tem estado preocupado(a) ou teve algum receio pela sua saúde? (*durante o último mês*)

- ☐ MUITÍSSIMO.
- ☐ Muito.
- ☐ Um pouco.
- ☐ Um pouco, mas não muito.
- ☐ Praticamente nunca.
- ☐ Nunca.

14. Teve algum motivo para recear perder o juízo ou perder o controle no modo de agir, falar, pensar ou sentir? (*durante o último mês*)

- ☐ Não.
- ☐ Só um pouco.
- ☐ Um pouco – mas não o suficiente para me preocupar.
- ☐ Um pouco e tenho estado um pouco preocupado(a).
- ☐ Um pouco e tenho estado bastante preocupado(a).
- ☐ Sim, muito e estou muito preocupado(a).

15. A minha vida diária tem estado cheia de coisas interessantes para mim. (*durante o último mês*)

- ☐ Nunca.
- ☐ De vez em quando.
- ☐ Por vezes.
- ☐ Bastante.
- ☐ A maior parte do tempo.
- ☐ Sempre.

16. Sentia-se activo(a), vigoroso(a), ou triste e indolente? (*durante o último mês*)

- ☐ Muito activo(a), vigoroso(a) todos os dias.
- ☐ Quase sempre activo(a), vigoroso(a) – nunca triste e indolente.
- ☐ Bastante activo(a), vigoroso(a) – raramente triste, indolente.
- ☐ Bastante triste, indolente – raramente activo(a), vigoroso(a).
- ☐ Quase sempre triste, indolente – nunca verdadeiramente activo(a), vigoroso(a).
- ☐ Muito triste, indolente, todos os dias.

17. Tem-se sentido ansioso(a), preocupado(a) ou aborrecido(a)? (*durante o último mês*)

- ☐ MUITÍSSIMO – a ponto de ficar doente ou quase doente.
- ☐ Muito.
- ☐ Bastante.
- ☐ Às vezes – o suficiente para me incomodar.
- ☐ Um pouco.
- ☐ Nada.

18. Senti-me emocionalmente estável e seguro(a) de mim mesmo(a). (*durante o último mês*)

- ☐ Nunca.
- ☐ Um pouco.
- ☐ Algumas vezes.
- ☐ Bastantes vezes.
- ☐ Quase sempre.
- ☐ Sempre.

19. Sentia-se relaxado(a) e à vontade ou nervoso(a), apertado(a), fechado(a)? *(durante o último mês)*

- ☐ Sentia-se relaxado(a) e à vontade durante todo o mês.
- ☐ Sentia-se relaxado(a) e à vontade a maior parte do tempo.
- ☐ Geralmente sentia-se relaxado(a) mas às vezes bastante nervoso(a).
- ☐ Geralmente sentia-se nervoso(a) mas às vezes bastante relaxado(a).
- ☐ Sentia-se nervoso(a), apertado(a) ou fechado(a) a maior parte do tempo.
- ☐ Sentia-se nervoso(a), apertado(a) ou fechado(a) durante todo o mês.

20. Sentia-se alegre, jovial. *(durante o último mês)*

- ☐ Nunca.
- ☐ Um pouco.
- ☐ Às vezes.
- ☐ Bastantes vezes.
- ☐ A maior parte das vezes.
- ☐ Sempre.

21. Sentia-me cansado(a), esgotado(a) ou exausto(a). *(durante o último mês)*

- ☐ Nunca.
- ☐ Um pouco.
- ☐ Às vezes.
- ☐ Bastantes vezes.
- ☐ A maior parte das vezes.
- ☐ Sempre.

22. Tem estado debaixo de ou sentiu que estava debaixo de esforço, stress ou pressão? *(durante o último mês)*

- ☐ Sim – quase mais do que eu poderia suportar.
- ☐ Sim, bastante tensão.
- ☐ Sim – alguma – mais do que o normal.
- ☐ Sim – alguma – mas quase o normal.
- ☐ Sim – um pouco.
- ☐ Não – nada.

Assinale com uma cruz as afirmações que correspondem a barreiras ao cumprimento do plano alimentar prescrito.

1	Não consigo fazer dieta porque os horários de trabalho não permitem.	
2	A dieta é comida que não apetece comer.	
3	Não sou capaz de cozinhar dieta.	
4	Sinto dificuldade em cumprir porque tenho um estilo de vida muito atarefado.	
5	Sinto que quando estou a cumprir dieta sou diferente de quem está à minha volta.	
6	Onde como não se fazem dietas.	
7	Sinto-me fraca/o quando faço dieta; fico com falta de forças.	
8	A minha família e amigos gostam de outro tipo de comida.	
9	Fazer dieta é uma grande mudança na minha alimentação habitual.	
10	Tenho dificuldade em encontrar os alimentos da dieta.	
11	A dieta obriga-me a deixar de comer o que gosto.	
12	A dieta é comida diferente da que estou habituada/o.	
13	A comida de dieta é mais cara.	
14	A dieta não é comida suficiente, fico com fome.	
15	Para preparar a dieta perco muito tempo, pois exige uma preparação demorada.	
16	Não tenho força de vontade para fazer dieta.	
17	Eu não quero mudar os meus hábitos alimentares.	
18	O aumento de peso é de família.	
19	Ansiedade e nervoso fazem com que eu coma mais.	
20	Quando tenho comida à frente não resisto.	
21	A comida de dieta não é saborosa.	
22	Gosto de comer doces.	
23	As dietas interferem com a vida familiar.	
24	Saber que vou ter que fazer dieta sempre.	
25	Comer diminui-me o nervoso.	
26	Gosto de comer.	
27	Não consigo parar de comer depois de começar.	
28	Penso sempre que amanhã vou iniciar a dieta.	
29	Sinto-me insatisfeita/o a fazer dieta.	
30	Não consigo levar uma dieta a sério.	
31	Sinto-me desanimada/o quando faço dieta.	
32	A dieta obriga a cozinhar à parte.	
33	A dieta não me dá prazer.	
34	Sinto-me desconsolada/o a fazer dieta.	