

JOANA CATARINA RODRIGUES HENRIQUES

A AUTOIMAGEM, REGULAÇÃO EMOCIONAL, ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO EM SUJEITOS COM OBESIDADE, SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo- Comportamentais

COIMBRA, 2022

A Autoimagem, Regulação Emocional, Ansiedade, Stress e Depressão em sujeitos com obesidade, submetidos a Cirurgia Bariátrica

JOANA CATARINA RODRIGUES HENRIQUES

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientador: Professor Doutor Hugo Senra

Coimbra, Outubro de 2022

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Hugo Senra, por toda a disponibilidade, orientação e motivação, durante este ano académico. Estarei eternamente agradecida.

À minha mãe, por todo o esforço feito ao longo dos anos em prole da minha felicidade.

Ao meu pai, que não estando presente neste mundo foi um alicerce e um motor de motivação para nunca desistir dos meus sonhos.

Ao Miguel, por toda a paciência nesta fase e nunca me deixar baixar os braços.

Às minhas afilhadas pelo apoio incondicional e pelo companheirismo ao longo dos anos, ficam muitas histórias para contar.

Às minhas amigas da faculdade, que fizeram de todas as horas de estudo e desespero algo mais leve e divertido.

Às minhas amigas de infância que sem elas, certamente não teria chegado a este patamar.

E, por fim, a todos que e de certa forma partilharam, ajudaram e que orientaram este percurso.

Devo a conclusão deste percurso a todos vós.

Obrigada.

RESUMO

Introdução: A obesidade é uma doença crónica de proporções epidémicas, representando um grave problema de saúde pública a nível mundial. A obesidade é um fator de risco significativo para numerosas comorbilidades tanto psicológicas, como físicas, que estão associadas ao aumento global da mortalidade e à diminuição da esperança de vida em dez anos. Estudos indicam uma forte relação entre obesidade e saúde mental, com o aparecimento de quadros depressivos, ansiosos e de stress. Estudos corroboram que, os tratamentos para a obesidade passam por dois conjuntos, consoante as comorbilidades e histórico individual de cada paciente. O primeiro corresponde ao tratamento de primeira linha e compreende intervenções ao nível geral do estilo de vida de cada paciente, dieta adaptada, exercício físico, intervenção psicológica e medicação e o tratamento de última linha, surge a realização de cirurgia bariátrica, que tem como objetivos a redução do peso corporal, a melhoria das comorbilidades e também a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Objetivos: Este estudo pretendeu explorar as variáveis psicológicas potencialmente associadas ao excesso de peso e obesidade. Com uma caracterização das variáveis psicológicas no que respeita à sintomatologia de depressão, stress, ansiedade e das dimensões da regulação emocional e da imagem corporal. Assim como, testar a hipótese de haver diferenças significativas nas variáveis psicológicas mencionadas, entre os três grupos de sujeitos: normoponderais, excesso de peso sem cirurgia e excesso e peso com cirurgia.

Amostra e Métodos: A amostra foi constituída por 407 indivíduos, 363 (89.2%) do sexo feminino e 44 (10.8%) do sexo masculino. A idade foi compreendida entre os 18 e 60 anos. Os participantes preencheram um questionário de dados sociodemográficos e completaram quatro instrumentos de autorresposta que avaliaram a regulação emocional (DERS-SF), os sintomas de depressão, ansiedade e stress (DASS-21), a imagem corporal (BIS-18) e a presença de sintomas psicopatológicos (BSI-18).

Resultados: Entre a amostra total do grupo conclui-se que 108 (26.5%) tinham excesso de peso sem realizar cirurgia bariátrica, 165 (40.5%) tinham excesso de peso com cirurgia bariátrica realizada e 134 (32.9%) eram considerados normoponderais através do IMC. Através de análises de variância, revelou que existiam diferenças significativas na variável impulsos da regulação emocional, no grupo de excesso de peso com cirurgia bariátrica. Na sintomatologia depressiva, ansiosa e stress, não houve diferença significativa entre os grupos. Na forma como visionam o corpo foram considerados resultados significativos entre o grupo normoponderal, mostrando um maior cuidado corporal. Na somatização dos sintomas, não foram encontrados resultados significativos. No entanto os resultados

das regressões lineares múltiplas para os sujeitos com IMC ≥ 25 , correlacionaram-se positivamente, sugerindo que a idade mais jovem, a imagem corporal, a não-aceitação, proteção corporal, clareza e objetivos poderão ser possíveis preditores de sintomatologia depressiva, ansiosa e do stress ligada à obesidade.

Conclusão: A presente investigação foi desenvolvida com o propósito de contribuir para o enriquecimento de estudos atuais, referentes à saúde mental, apresentado uma melhor caracterização psicológica da população obesa e bariátrica, assim como, conhecer as variáveis por ela influenciadas e que melhorias poderão ser feitas em estudos futuros na população portuguesa. Assim como contribuir para repensar em protocolos clínicos de avaliação e seguimento desta população. Contudo é reconhecível a importância de dar continuidade a estudos com esta população, dado que, mesmo com os conhecimentos e estudo dos variáveis preditores da obesidade, não obstem de, neste processo, haver propensa a contrair perturbações patológicas, tais são as mudanças na vida destes sujeitos. Seria importante uma avaliação psicossocial destes pacientes, assim como um racional de todo o processo para o sucesso terapêutico destes sujeitos e o estudo de todas as variáveis do indivíduo para resultados e planos mais individualizados e robustos.

Palavras-chave: Obesidade; Excesso de Peso; Cirurgia Bariátrica; Terapia Cognitiva Comportamental; Regulação Emocional; Imagem Corporal; Depressão, ansiedade e stress.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a chronic disease of epidemic proportions, representing a major public health problem worldwide. Obesity is a significant risk factor for numerous comorbidities both psychological and physical, which are associated with increased overall mortality and decreased life expectancy in ten years. Studies indicate a strong relationship between obesity and mental health, with the onset of depression, anxiety, and stress. Studies corroborate that treatments for obesity go through two sets, depending on the comorbidities and individual history of each patient. The first corresponds to the first-line treatment and includes interventions at the general level of each patient's lifestyle, adapted diet, physical exercise, psychological intervention, and medication. The last-line treatment is bariatric surgery, which aims to reduce body weight, improve comorbidities, and also improve the quality of life of patients.

Objectives: This study aimed to explore the psychological variables associated with overweight and obesity. With a characterization of the psychological variables regarding the symptoms of depression, stress, anxiety and the dimensions of emotional regulation and body image. As well as, to test the hypothesis of having significant differences in the psychological variables mentioned, between the three groups of subjects: healthy, overweight without surgery and overweight with surgery.

Sample and Methods: The sample consisted of 407 subjects, 363 (89.2%) female and 44 (10.8%) male. The age was between 18 and 60 years. Participants completed a questionnaire of sociodemographic data and completed four self-report instruments that assessed emotion regulation (DERS-SF), symptoms of depression, anxiety and stress (DASS-21), body image (BIS-18) and the presence of psychopathological symptoms (BSI-18).

Results: Among the total group sample it was concluded that 108 (26.5%) were overweight without bariatric surgery, 165 (40.5%) were overweight with bariatric surgery performed, and 134 (32.9%) were considered healthy by BMI. Through variance analysis, it was revealed that there were significant differences in the variable emotional regulation impulses in the overweight group with bariatric surgery. In depressive, anxious, and stress symptoms, there were no significant differences between the groups. In the way they view their bodies, significant results were found among the healthy group, showing greater body care. In the somatization of symptoms, no significant results were found.

However, the results of multiple linear regressions for subjects with BMI ≥ 25 correlated positively, suggesting that younger age, body image, non-acceptance, body protection, clarity, and goals may be possible predictors of depressive, anxiety, and stress symptoms linked to obesity.

Conclusion: This research was developed with the purpose of contributing to the studies regarding mental health, presenting a better psychological characterization of the obese population psychological characterization of the obese and bariatric population, as well as to know the variables influenced by it and what improvements may be made in future studies in the Portuguese population. Portuguese population. As well as contribute to rethink clinical protocols of evaluation and follow-up of this population. However, the importance of continuing studies with this population is recognizable, since, even with the knowledge and study of the predictor variables of obesity, it doesn't prevent, in this process, there is a propensity to contract pathologies, such are the changes in the life of these subjects. A psychosocial evaluation of these patients would be important, as well as a rationale of the entire process for the therapeutic success of these subjects and the study of all the variables of the individual for more individualized and robust results and plans.

Keywords: Obesity; Overweight; Bariatric Surgery; Cognitive-Behavioral Therapy; Emotional Regulation; Body Image; Depression, Anxiety and Stress.

Índice

Introdução	1
Material e Métodos	6
Participantes.....	6
Procedimentos.....	8
Instrumentos.....	8
Análise Estatística.....	11
Resultados	12
Discussão.....	21
Referências	26
Anexos	33

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crónica de proporções epidémicas, representando um grave problema de saúde pública a nível mundial (World Health Organization, 2000 e Organização Mundial de Saúde, 2018). Um estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação na população adulta (18-93 anos) concluiu que, 38,2% das mulheres e 64,5% dos homens têm pré-obesidade e obesidade (SPCNA, 2022). Dados da OMS referem que todos os anos morrem no mundo 2,8 milhões de pessoas como resultado do excesso de peso e das suas comorbilidades. Mostra também que, em 2008, 1400 milhões de adultos com mais de 20 anos tinham excesso de peso. No mesmo ano, mais de 200 milhões de homens e quase 300 milhões de mulheres eram obesos (SPCNA, 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) rege-se com base no índice de massa corporal (IMC), para definir obesidade. O IMC resulta da razão entre o peso (kg) e a altura (m). Segundo a classificação da OMS, o grau 3 corresponde a obesidade mórbida (DGS, 2020). Em Portugal, são elegíveis para cirurgia bariátrica os doentes com obesidade grau 3 ou os que apresentem obesidade grau 2 associada a comorbilidade significativa (DGS, 2020). No entanto, sabe-se que o IMC não é a única medida de interesse uma vez que não tem em consideração as variações da composição corporal nas diferentes populações (Fried et al, 2014). Medidas simples como o perímetro abdominal e as pregas são clinicamente relevantes, pois permitem precisar melhor a distribuição da gordura corporal (Nightingale et al., 2015). A obesidade é um fator de risco significativo para numerosas comorbilidades, incluindo doenças cardíacas, diabetes, hipertensão, dislipidemia, acidente vascular cerebral, aterosclerose, e tipos específicos de cancro (Whitlock, Lewington, Sherliker et al., 2009). A obesidade e as suas comorbilidades estão associadas ao aumento global da mortalidade e à diminuição da esperança de vida em dez anos (Fontaine, Redden, Wang, Westfall, Allison., 2003 e Gonçalves 2014). Realçando que, a obesidade é uma doença complexa guiada por múltiplos fatores: genéticos, biológicos, psicológicos, comportamentais, familiares, psicossociais e ambientais, influenciando de diferentes formas a forma como se vê a patologia (Castelnuovo, Petrabissa, Manzoni, Cattivelli, Rossi, Novelli, Varallo & Molinari, 2017). Estudos realizados por Ganiteau e Dent (2011), estudaram a relação entre obesidade e saúde mental. Com o seu estudo concluíram que, há fortes evidências entre obesidade e problemas de saúde mental na população mundial.

Estudos indicam que, a alimentação excessiva está intimamente ligada à regulação emocional. Estes estudos afirmam que em comparação aos Estados Unidos, a União europeia aparenta ter uma maior dificuldade em lidar com os sentimentos negativos, dirigindo-se para uma alimentação desadequada, nomeadamente direcionada para a compulsão e desta forma procurarem uma recompensa imediata. (Aoun, Nassar, Soumi, Osta, Papazian & Khabbaz, 2019).

Os tratamentos para a obesidade passam por dois conjuntos, consoante as comorbilidades e histórico individual de cada paciente. O primeiro corresponde ao tratamento de primeira linha e compreende intervenções ao nível do estilo de vida de cada paciente, particularmente, dieta adaptada, exercício físico, intervenção psicológica e medicação (Manso, 2018). Ao usar modelos e teorias para perceber os fatores que influenciam o nosso comportamento alimentar, como as atitudes e crenças, a psicologia pode ajudar a compreender a motivação comportamental para a obesidade e excesso de peso (OPP, 2014). A psicologia poderá intervir com estratégias psicoeducativas e com estratégias com bases comportamentais. Shaw et al. (2006) conclui que a intervenção cognitivo-comportamental combinada com dieta e exercícios são particularmente eficazes na perda de peso. A terapia cognitivocomportamental foi associada a uma maior taxa de sucesso em relação à perda de peso contínua, em comparação a regimes de alimentação e exercício físicos de forma isolada (OPP, 2014). Como tratamento de última linha, surge a realização de cirurgia bariátrica, que tem como objetivos a redução do peso corporal, a melhoria das comorbilidades e também a melhoria da qualidade de vida dos pacientes a longo prazo (Kubik, Gill, Laffin e Karmali., 2013 & Manso, 2018). De entre as comorbilidades mais frequentemente encontradas nos doentes propostos para cirurgia da obesidade destacam-se a diabetes mellitus, a hipertensão arterial, os distúrbios respiratórios do sono, síndrome hipoventilação obesidade e a síndrome metabólica (SM) (Alberti et al., 2009).

A abordagem da cirurgia da obesidade é efetuada em contexto multidisciplinar, quer a nível de preparação para a cirurgia quer no follow-up (DGS, 2020). Pré-operatoriamente deverão ser avaliadas as causas da obesidade e a existência de comorbilidades, sendo o doente adequadamente informado, educado e otimizado para todo o processo (Mechanick et al., 2013 e Fried et al., 2014). Previamente à observação por Anestesiologia o doente deverá ter aprovação para cirurgia por parte de Endocrinologia ou Medicina Interna e Psiquiatria ou

Psicologia (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, sd). Os profissionais de saúde mental referem que é em situações de doença psiquiátrica em fase aguda, doença psiquiátrica major, debilidade mental, consumo excessivo de álcool ou como falta de motivação para o procedimento cirúrgico, devem ser analisados de forma minuciosa (Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade e doenças metabólicas, sd). Atualmente, a cirurgia bariátrica tem demonstrado ser um tratamento eficaz para combater a obesidade mórbida como parte de uma estratégia global de gestão do peso a longo prazo. Embora a eficácia do tratamento cirúrgico seja frequentemente expressa como uma perda abrupta de peso pós-operatória, sendo alcançado o resultado pretendido numa média de 2 anos, é frequentemente negligenciado o impacto da cirurgia na saúde psicológica pós-cirurgia a longo prazo (Kubik, Gill, Laffin & Karmali, 2013).

Estudos ditam que, existe uma alta prevalência de comorbilidades psicológicas em pacientes com excesso de peso ou obesos, especialmente perturbações do humor, ansiedade e baixa autoestima. Indivíduos com obesidade mórbida têm quase 5 vezes mais probabilidades do que indivíduos de peso médio de terem sofrido episódio depressivos e ansiosos ao longo da sua vida (Sarwer, Dilks, e Ritter, 2013). A insatisfação da imagem corporal, comumente observada em pacientes com excesso de peso ou com obesidade, está correlacionada com sintomas de depressão, ansiedade e stress (Friedmanand e Brownell, 1995), e isto é particularmente verdadeiro nas mulheres. Os indivíduos obesos são também sujeitos a preconceitos e discriminação, o que é suscetível de causar ou agravar a patologia (Kaminsky e Gadaleta, 2002). Vários estudos demonstraram que, são comuns nesta população tentativas falhadas de perda de peso e por consequência ficam mais suscetíveis de agravar doenças depressivas, ansiedade, e baixa auto-estima (Wooley & Garner, 1991). Curiosamente, 25-30% dos pacientes bariátricos relatam sintomas depressivos no momento da cirurgia e estima-se que até 50% possam relatar um historial de depressão ao longo da vida, devido à transformação drástica e rápida que a perda de peso abrupta acompanha (Whitlock, Lewington, Sherlikeretal et al., 2009).

Pesquisas referem que é notório a conexão entre a obesidade e o stress, se este não for tratado. O stress pode interferir nos processos cognitivos, assim como, no ato de comer em excesso ou compulsão alimentar, alterações nos processos fisiológicas (eg., digestão, absorção intestinal, sistema imunológico, regulação emocional, sexualidade e bem-estar) (Janet Tomiyama et al., 2018). Alguns estudos qualitativos, referem também que, a distorção da imagem está presente no pós-operatório de pacientes bariátricos, dado que a mudança da estrutura corporal nem

sempre corresponde às expectativas do paciente (Wooley & Garner., 2012). A depressão também tem vindo a ser estudada em relação aos sintomas depressivos pós-cirúrgicos, estes sintomas estão associados a uma recidiva de peso, aumento do stress, dismorfia corporal e desregulação emocional (Rama et al., 2020). Portanto, o papel da depressão tem implicações importantes no funcionamento pós-cirúrgico e deve ser monitorizado e abordado através de intervenções focalizadas baseadas nos estudos dos pacientes.

É visível que a adaptação psicológica é mais saudável quando a alteração física ocorre de forma equilibrada e não repentina, desta forma, existe a possibilidade de o paciente não acompanhar a mudança física ao mesmo tempo que aceita as transformações a nível psicológico, podendo agravar ou contribuir para o aparecimento de sintomas psicopatológicos (Castro et al., 2013). É de salientar a importância dos aspetos psicológicos avaliados em pré-operatório (Davin e Taylor, 2009). A presença de psicopatologia (passada ou atual), os comportamentos adquiridos anteriormente e futuramente pelo paciente (eg., comportamentos alimentares, qualidade de vida, suporte social, imagem corporal) podem ter influência na motivação do paciente para responder ao tratamento de perda de peso (OPP, 2014). Segundo a Bariatric Endoscopy Surgery Trends, organizado pela Academia CUF e pelo Hospital CUF Infante Santo (2018), em 2017, Portugal foi considerado o país da União Europeia em primeiro lugar no número de cirurgias bariátricas realizadas por ano, sendo o bypass gástrico (redução do estômago por derivação do intestino) a número um escolhida pela equipa médica.

Bryne (2002), identificou alguns mecanismos psicológicos relacionados com o reganho de peso, após tratamentos de perda de peso. Tal identificação relaciona a incapacidade para lidar com a fome emocional, que por sua vez aumenta a ineficácia de resolução de problemas, assim como o aumento da frustração, e como resultado o sujeito irá alimentar-se de forma incorreta para responder ao stress e obter a falsa sensação de preenchimento psicológico. A valorização destes componentes irá ajudar a equipa clínica a identificar os pacientes mais suscetíveis a terem dificuldades após o tratamento. Estudos verificaram que, os comportamentos alimentares desordenados pós-operatórios, distúrbios alimentares e sintomas depressivos estão associados a resultados baixos de perda de peso. Este estudo mostra que a terapia cognitiva comportamental (TCC) pode contribuir para reduzir os comportamentos alimentares irregulares e os sintomas depressivos no pré e pós-operatório, como controlo dos pensamentos negativos, regulação emocional e melhoria das estratégias de coping (Jackson et al., 2015). A TCC fornece ferramentas individualizadas para os pacientes obesos: automonitorização;

estabelecimento de metas; controlo de recaídas; entrevista motivacional; substituição comportamental; reestruturação cognitiva; gestão do stress e apoio social (Oliveira, Araújo, Severo, Correiro, Ramos, Torres et al., 2016). Em tratamentos em que a psicologia atua, os pacientes tendem a manter 70% do peso perdido após 1 ano (Liao, 2000). Tal dado refere-se ao caso de 70% dos pacientes não ter acompanhamento num prazo máximo de 5 anos após a cirurgia bariátrica, o que é notório em Portugal.

Assim, deste contexto, embora o impacto da cirurgia bariátrica sobre a saúde psicológica seja muitas vezes superado, devido à redução significativa das comorbilidades físicas, é importante investigar a sintomatologia depressiva e ansiosa, o stress, a regulação emocional e a autoimagem após intervenção cirúrgica, uma vez que a obesidade está fortemente correlacionada com a angústia psicológica e pode ter um efeito marcante na qualidade de vida e sucesso terapêutico da patologia da obesidade. A avaliação psicológica pós-operatória contínua é, portanto, fundamental para identificar e acompanhar aqueles que correm o risco de aparecimento, persistência ou agravamento de psicopatologia após a cirurgia, e por sua vez, reganho de peso.

Neste registo, apresenta-se como um estudo exploratório das variáveis psicológicas associadas ao excesso de peso e obesidade. Pretendemos realizar uma caracterização das variáveis psicológicas no que respeita à sintomatologia de depressão, stress, ansiedade e das dimensões da regulação emocional e da imagem corporal. Neste estudo, o objetivo é testar a hipótese de haver diferenças significativas nas variáveis psicológicas mencionadas, entre os três grupos de sujeitos: normoponderais, excesso de peso sem cirurgia e excesso e peso com cirurgia.

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

A amostra foi constituída por 407 indivíduos, 363 (89.2%) do sexo feminino e 44 (10.8%) do sexo masculino. A idade foi compreendida entre os 18 e 60 anos, com uma média de 37.9 (DP = 10.23). Em relação ao estado civil, 160 (39.3%) são solteiros, 212 (52.1%) casados/união de facto, 29 (7.1%) separado/divorciado e 6 (1.5%) viúvos.

A nossa amostra foi constituída por três grupos: normoponderais, 134 (32.9%), excesso de peso sem cirurgia, 108 (26.5%) e excesso de peso com cirurgia, 165 (40.5). Os grupos foram caracterizados em função do índice de massa corporal, sendo >25 para os grupos com excesso de peso e <25 para o grupo dos sujeitos normoponderais. Dentro do grupo dos sujeitos com excesso de peso, a nossa amostra conteve 2 grupos: indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica e indivíduos que não realizaram cirurgia bariátrica.

Nas questões apresentadas, ‘*Já realizou cirurgia bariátrica?*’, 236 (58.0%) realizaram cirurgia, 117 (28.7%) encontram-se em lista de espera para a realização da cirurgia e 54 (13.3%) não realizaram cirurgia bariátrica; na questão ‘*Teve no passado algum problema de saúde mental?*’, 238 (58.5%) objetam que sim e 169 (41.5%) não; no tema ‘*Atualmente tem acompanhamento psicológico?*’, 157 (58.5%) responderam que tem acompanhamento e 250 (61.4%) responderam que não; na questão ‘*Atualmente toma medicação psiquiátrica?*’, 84 (20.6%) responderam que sim e 323 (79.4%) responderam que não; na questão ‘*Tem alguma doença crónica?*’, 120 (29.5%) responderam que sim, 287 (70.5%) responderam que não.

Dados presentes na tabela 1.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da amostra (N=407)*

		M	DP
Idade		37.9	10.23
		N	%
Género	Feminino	363	89.2
	Masculino	44	10.8
Estado Civil	Solteiro/a	160	39.3
	Casado/a ou União de facto	212	52.1
	Separado/a ou Divorciado/a	29	7.1
	Viúvo	6	1.5
Habilitações Literárias	1ºciclo do ensino básico	1	.2
	2ºciclo do Ensino básico	4	1
	3ºciclo do Ensino Básico	31	7.6
	Ensino Secundário	115	28.3
	Curso Tecnológico/Profissional	54	13.3
	Bachelorato	19	4.7
	Licenciatura	120	29.5
	Mestrado	62	15.2
	Doutoramento	1	.2
Situação Profissional	Estudante	19	4.7
	Ativo	340	83.5
	Desempregado	46	11.3
	Reformado	2	.5
Grupos	Normoponderais	134	32.9
	Excesso de peso sem Cirurgia	108	26.5

Questões	Excesso de peso com Cirurgia	165	40.5
	Realizou Cirurgia Bariátrica	236	58.0
	Lista de Espera Cirurgia Bariátrica	117	28.7
	Não realizou Cirurgia Bariátrica	54	13.3 58.8
	Acompanhamento Psicológico	157	61.4
	Sem Acompanhamento Psicológico	250 84	20.6 79.4
	Medicação Psiquiátrica	323	29.6
	Sem Medicação Psiquiátrica	120	70.5
	Com doença Crónica	287	
	Sem Doença Crónica		

Nota. N = amostra; M = média; DP = desvio-padrão

Procedimentos

Primeiramente, cumprindo os princípios éticos, foi solicitada autorização aos respetivos autores dos instrumentos utilizados no protocolo de investigação, bem como, os resultados dos estudos de validação dos mesmos. A comissão de Ética aprovou o estudo (referência CE-P0622). Os critérios de inclusão, abrangem a população portuguesa compreendida entre os 18 e os 70 anos de idade, com um máximo de realização de cirurgia bariátrica de 10 anos. A recolha dos dados realizou-se entre Fevereiro de 2022 e Julho de 2022, coincidindo com a pandemia Covid-19. Os participantes foram recrutados através das redes sociais (grupos de interesse em cirurgia bariátrica e grupos de discussão sobre obesidade).

Após concordarem em participar e após terem o consentimento informado (ANEXO), foram convidados a preencher um questionário online na plataforma Google Forms com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos, clínicos e psicológicos.

O estudo é de natureza transversal, contando com uma recolha de dados não probabilísticos através do método de conveniência. Os dados foram guardados apenas para uso exclusivo do estudo em questão, armazenados via Google Docs e SPSS, cumprindo as normas do acordo de confidencialidade.

Instrumentos

De seguida, encontram-se descritos o questionário de dados sociodemográficos e clínicos e os instrumentos de autorresposta que foram utilizados no presente estudo.

Com o *Questionário de dados sociodemográficos e clínicos* pretendemos recolher informação pertinente relativamente à idade (>18 anos), género, estado civil, habilitações literárias, (de acordo com o sistema de ensino português) e situação profissional.

Uma vez que a amostra se baseia em população possível obesa foi, também, recolhida informação sobre a altura e peso. No que diz respeito às variáveis clínicas, questionou-se sobre se já realizou cirurgia bariátrica, qual cirurgia realizou e data da realização. Por fim, questionou-se dados do historial psicológico pessoal, se já teve algum problema de saúde mental, qual o problema, se já realizou acompanhamento psicológico, se atualmente realiza, se já fez medicação psiquiátrica, se atualmente faz medicação psiquiátrica e por fim se tem alguma doença crónica e especificar.

A *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; versão original de Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa Moreira, H., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C., 2022) é um instrumento de autorresposta que tem como objetivo avaliar as dificuldades na regulação emocional experienciadas pelos adultos. A versão reduzida da escala é composta por 18 itens que se agrupam em 6 subescala (com cada dimensão a integrar três itens). É solicitado ao respondente que responda a cada item através de uma escala de Likert de 5 pontos (1 = Quase nunca; 5 = Quase sempre), assinalando o seu grau de concordância com cada afirmação. As 6 subescalas são as seguintes: não aceitação da resposta emocional, dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos, dificuldades no controlo dos impulsos, falta de consciência das emoções, acesso limitado a estratégias de regulação emocional e falta de clareza emocional. No que concerne às propriedades psicométricas, este instrumento apresenta um alfa de Cronbach de .93 para a escala total, indicando uma boa consistência interna (Gratz & Roemer, 2004). Na versão portuguesa da DERS-18, a análise das características psicométricas, revelou uma consistência interna muito boa, apresentando um alfa de Cronbach de .93 para a escala total (Pinto Gouveia, & Veloso, 2007). No presente estudo foi apenas considerado o total da escala com pontuações mais elevadas a indicarem mais dificuldades na regulação das emoções.

A *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21; versão original de Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) composta por 21 itens, e por três subescalas, tem como principal objetivo avaliar a severidade dos sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e stress. A subescala de *depressão* contém 7 itens (e.g. “Não consegui ter nenhum sentimento positivo.”), a de *ansiedade* tem 7 itens (e.g. “Deime conta que tinha a boca seca.”) e a de *stress* possui os 7 itens restantes (e.g. “Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações.”). Os respondentes assinalaram, numa escala de 4 pontos (0 = Não se aplicou nada a mim; 3 = Aplicou-se a mim a maior parte das vezes), a frequência com que experienciam cada sintoma durante a última semana. A versão original apresenta um alfa de Cronbach de .91 para a subescala de depressão, .84 para a subescala de ansiedade e .90 para a subescala de stress (Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão portuguesa o alfa de Cronbach foi de acima de .75 para todas as escalas. (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A *Body Investment Scale* (BIS; versão original de Orbach & Mikulincer, 1998; versão Portuguesa de Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2009) composta por 24 itens e por quatro subescalas, tem como principal objetivo avaliar os sentimentos, emoções e atitudes dirigidas ao corpo humano. A subescala da *imagem corporal* contém seis itens (e.g. “Estou frustrado/a com a minha aparência física.”), a do *toque corporal* possui 6 itens (e.g. “Não gosto quando as pessoas me tocam.”), a da *proteção corporal* contém 6 itens (e.g. Não tenho medo de participar em atividades perigosas.)” e o *cuidado corporal*, com 5 itens (e.g. “Gosto de mimar o meu corpo.”). Os participantes assinalaram, numa escala 5 pontos (1 = Discordo completamente; 5 = Concordo completamente), a frequência que experienciaram cada item durante a última semana. A versão original apresenta o Alfa de Cronbach de todas as escalas entre .80 e .95 (Orbach & Mikulincer, 1998). A versão portuguesa apresenta um Alfa de Cronbach de .91 para a subescala da imagem corporal, .80 para a subescala do toque corporal, bom para o toque corporal, .66 para a subescala da proteção corporal e 0.62 (Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2009).

A *Brief Symptom Inventory - 18* (BSI-18; versão original de Derogatis, 2001; versão Portuguesa de Canavarro, Nazaré, & Fonseca, 2009), composta por 18 questões e por 3 subescalas, avalia a presença de sintomas psicopatológicos. A subescala *somatização* avalia o distress associado a manifestações dos sistemas regulados automaticamente, a subescala *depressão* engloba os sintomas das perturbações depressivas (e.g., humor disfórico, apatia,

ideação suicida, tristeza) e a subescala *ansiedade* inclui sintomas indicativos de estados de pânico (e.g., nervosismo, tensão, agitação motora, apreensão). A pontuação varia de uma escala de 4 pontos (0 = nada; 4 = extremamente). A versão original apresenta o alfa de Cronbach de .91 (Derogatis, 2001). A versão portuguesa apresenta um Alfa de Cronbach de .93 (Canavarro, Nazaré, & Fonseca, 2009).

Análise Estatística

O tratamento e análise estatística dos dados foram realizados com recurso ao programa informático Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS Statistics, versão 28.0 para Macintosh, SPSS, 2018).

Num primeiro momento, procedeu-se à caracterização da amostra em estudo através do cálculo da média do desvios-padrão em relação à variável contínua (idade), assim como, de frequência e percentagens para as variáveis nominais (género, estado civil e situação profissional) e variáveis ordinais (habilitações literárias e questões clínicas) (Tabela 1). Averiguou-se, também, os pressupostos da independência das observações, a normalidade da distribuição e da homogeneidade das variáveis através do teste de Levene, para a utilização do teste ANOVA. Neste procedimento considerou-se o nível de significância de $p < .05$ e intervalo de confiança de 95%, como indicativo da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias e medianas dos três grupos para as variáveis contínuas. Foi utilizado o mesmo nível de significância para as restantes variáveis. Seguidamente, efetuou-se o cálculo de estatísticas descritivas das variáveis avaliadas através dos instrumentos utilizados neste estudo (DERSSF, DASS-21, BIS e BSI-18) (tabela 2). Em casos em que a homogeneidade de variância não foi assumida, foram utilizados os testes de Welch para a comparação de grupos e cálculo do valor de F e o teste de Dunnett T3 para a comparação múltipla entre grupos (análise post-hoc), com um p-value corrigido de 0.017 (0.05/3). O teste de Bonferroni com significância ajustada foi utilizado para a comparação múltipla post-hoc.

Foram testados 3 modelos de regressão múltipla para investigar potenciais preditores de sintomatologia de depressão, ansiedade e stress, indicados pela escala DASS-21, apenas nos sujeitos com $IMC \geq 25$. As variáveis independentes incluídas nos modelos de regressão foram: idade; sexo; as dimensões: toque corporal, proteção corporal, cuidado corporal e imagem corporal da escala de imagem corporal (BIS); e as dimensões: estratégias, não aceitação,

impulsos, objetivos, e clareza, da escala de autorregulação emocional (DERSSF). Os valores não estandardizados das variáveis dependentes (DASS-21), Depressão, Ansiedade e Stress, foram transformados seguindo o método sugerido por Templeton (2011), com o objectivo de ver cumprido o critério de normalidade da distribuição dos resíduos nos modelos de regressão testados. Foram ainda testados os requisitos necessários para a validação de um modelo de regressão, nomeadamente a ausência de multicolinearidade, homocedasticidade e independência (Teste de Durbin Watson). No que respeita à multicolinearidade, esta não foi detetada em nenhum dos modelos de regressão. Considerando que, todos os valores de tolerância encontram-se acima de 0.2, os valores de VIF abaixo de 5, representando uma baixa correlação e não apresentou mais de 1 Eigenvalue acima de 0.5 de variância. Em todos os modelos de regressão os valores de Durbin Watson estiveram próximo de 2, denotando independência. Os testes de Kolmogorov–Smirnov revelaram valores $p > .05$, denotando normalidade na distribuição dos resíduos, e graficamente foi possível verificar a sugestão de homocedasticidade para os modelos de regressão utilizados.

RESULTADOS

A consistência interna dos instrumentos (DERS-18, DASS-21, BIS e BSI-18) foi avaliada através do alfa de Cronbach, tendo-se verificado que todas as variáveis apresentam valores de consistência interna acima de .80 e superiores ao valor estabelecido como adequado ($\alpha \geq .70$; Marôco, 2010).

As ANOVAS levadas a cabo cumpriram os requisitos estatísticos, considerando a teorema do limite central ($N > 30$), a independência e o requisito de haver homogeneidade de variâncias (teste Levene ($p > .05$), o que apenas não se verificou em dois casos (DERS-SF-impulsos e BIS-cuidado corporal), tendo nesses casos sido adoptado o teste de Welsh (Field, 2009).

Análise da Variância Univariada

Foram levadas a cabo várias análises de variância unidireccionais (ANOVA) no sentido de comparar médias entre os três grupos (pessoas normoponderais vs pessoas com excesso de

peso sem cirurgia bariátrica vs pessoas com excesso de peso e com cirurgia bariátrica) quanto às variáveis psicológicas: sintomatologia depressiva (DASS-depressão), sintomatologia de ansiedade (DASS-21, ansiedade) e sintomatologia do stress (DASS-21, Stress).

Uma ANOVA unidireccional revelou que não havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos na variável estratégias ($F(2, 404) = [.91]$, $p = .401$), assim como nas restantes variáveis porque não apresentam um $p \geq 0.05$, com exceção para a sub-escala DERS-SF Impulsos ($F(2,404) = 3.67$ ($p = .027$)). A análise post-hoc para a variável DERS-SF Impulsos foi feita com recurso ao teste de Dunnett T3, assumindo a não igualdade de variâncias, tendo revelado uma média estatisticamente mais elevada no grupo dos sujeitos normoponderais em relação aos sujeitos com excesso de peso e com cirurgia. A diferença de médias é de $-.81$, I.C: $[-1.6- -.1]$ ($p = .04$), sugerindo maiores dificuldades de controlo dos impulsos no grupo dos sujeitos com excesso de peso e com cirurgia bariátrica (Tabela 2).

Também podemos corroborar com o efeito da anova pois $\eta^2 = .015$, que significa uma magnitude média superior a $\eta^2 = .06$ (Cohen, 1988). Tal valor indica que o tamanho de efeito tem significado prático entre os grupos e a variável independente.

Tabela 2*Análise da Variância – DERS-SF*

Variáveis	M	DP	95%IC	F	p
Estratégias				.91	.401
Saudáveis	6.05	2.88			
Excesso de peso sem cirurgia	6.43	2.96			
Excesso de peso com Cirurgia	6.49	3.033			
Não aceitação				.46	.631
Saudáveis	6.91	3.14			
Excesso de peso sem Cirurgia	7.17	2.97			
Excesso de peso com Cirurgia	7.26	3.32			
Impulsos				3.67	.027*
Saudáveis	5.17	2.47			
Excesso de peso sem Cirurgia	5.94	2.43			
Excesso de peso com Cirurgia	5.98	3.24			
Objetivos				.55	.576
Saudáveis	7.76	3.45			
Excesso de peso sem Cirurgia	8.25	3.63			
Excesso de peso com Cirurgia	8.00	3.56			
Clareza				.17	.837
Saudáveis	6.53	3.11			
Excesso de peso sem Cirurgia	6.42	3.84			
Excesso de peso com Cirurgia	6.64	3.10			

Nota. M = média; DP = desvio padrão; F = variabilidade entre as médias do grupo; p = significância *Welsh F test usado nos casos em que a igualdade da variável não foi assumida.

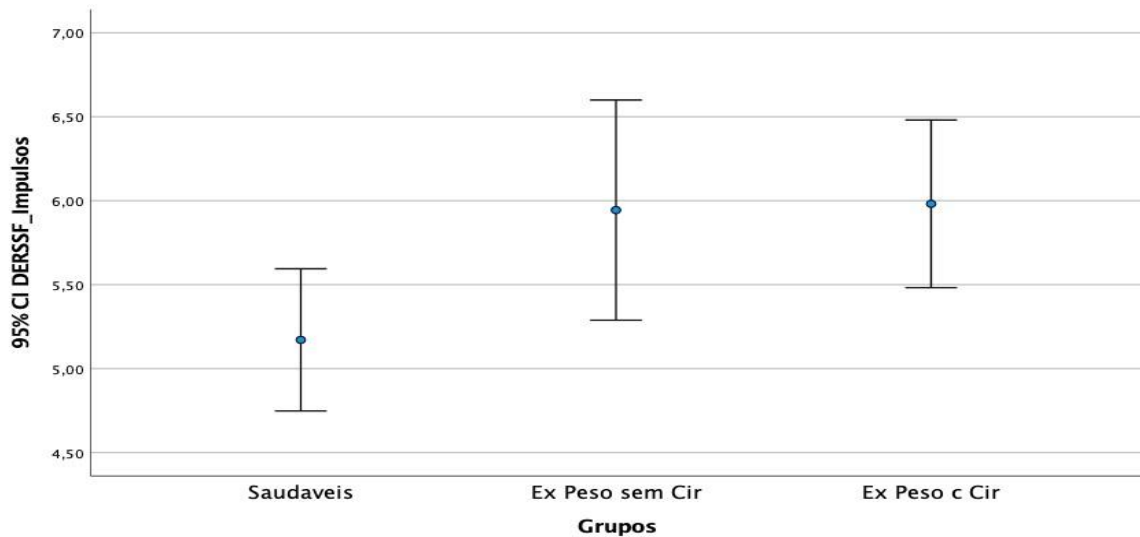


Figura 1. Comparação dos grupos por médias e erro padrão - Impulsos

O mesmo procedimento foi feito para as variáveis depressão, ansiedade e stress (DASS-21), ao qual não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, para as dimensões de sintomatologia depressiva, de ansiedade e de stress. A variável DASS-ansiedade ($F(2,404) = [2.96]$, $p = .53$), indica um p-value marginalmente significativo, mas ainda assim não estatisticamente significativo para comprovar diferenças entre os grupos (Tabela 3.)

Tabela 3

Análise da Variância – Dass-21

Variáveis	M	DP	95%IC	F	p
Depressão				1.61	.200
Saudáveis	4.01	4.93			
Excesso de peso sem cirurgia	5.17	5,29			
Excesso de peso com Cirurgia	4,24	5.45			
Ansiedade				2.96	.053
Saudáveis	3.24	4.15			
Excesso de peso sem Cirurgia	4.45	4.75			
Excesso de peso com Cirurgia	3.26	4.29			
Stress				2.41	0.90
Saudáveis	5.95	4.68			
Excesso de peso sem Cirurgia	7.05	4.98			
Excesso de peso com Cirurgia	5.33	5.31			

Nota. M = média; DP = desvio padrão; F = variabilidade entre as médias do grupo; p = significância

Na avaliação das variáveis da escala BIS, foram notados resultados mais significativos (Tabela 4). A ANOVA unidireccional revelou que havia uma diferença estatisticamente significativa na variável cuidado corporal relativamente ao grupo, ($F(2.404) = [17.2]$, $p = <001$). O Teste de Dunnett T3 para comparações múltiplas assumindo a não igualdade de variâncias revelou que o cuidado corporal era significativamente mais elevado no grupo dos sujeitos normoponderais em relação ao grupo dos sujeitos com excesso de peso sem cirurgia (diferença de média de 1.9, $p < .001$, I.C.= [1.06-2.73], e em relação ao grupo dos sujeitos com excesso de peso e com cirurgia bariátrica (diferença de média de 1.15, $p = .002$, I.C.= [0.35-1.96]).

A ANOVA também detectou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a dimensão Imagem Corporal. O teste de Bonferroni para comparações múltiplas sugeriu valores estatisticamente mais elevados para a variável “Imagem Corporal” nos sujeitos saudáveis em relação aos sujeitos com excesso de peso sem cirurgia (diferença de média de 5.38, $p < .001$, I.C.= [3.90-6.86], e em relação ao grupo dos sujeitos com excesso de peso e com cirurgia bariátrica (diferença de média de 1.58, $p = .013$, I.C.= [0.25-2.91]).

Também podemos corroborar com o efeito da anova para a imagem corporal, pois $\eta^2 = .164$ e cuidado corporal $\eta^2 = .063$, que significa uma média superior a $\eta^2 = .06$ (Cohen, 1988). Tal valor indica que o tamanho de efeito tem significado prático entre os grupos e a variável independente.

Tabela 4.*Análise de Variância – BIS*

Variáveis	M	DP	95%IC	F	p
Toque Corporal				1.20	.300
Normoponderais	19.94	4.08			
Excesso de peso sem cirurgia	19.96	4.11			
Excesso de peso com Cirurgia	20.59	4.10			
Proteção Corporal				1.90	.150
Normoponderais	20.61	2.35			
Excesso de peso sem Cirurgia	20.18	2.57			
Excesso de peso com Cirurgia	20.75	2.34			
Cuidado Corporal				17.2*	<001*
Normoponderais	18.55	2.11			
Excesso de peso sem Cirurgia	16.65	3.07			
Excesso de peso com Cirurgia	17.58	3.25			
Imagem Corporal				39.57	<001
Normoponde	21.41	4.32			
Excesso de peso sem Cirurgia	16.02	4.86			
Excesso de peso com Cirurgia	19.82	5.04			

Nota. M = média; DP = desvio padrão; F = variabilidade entre as médias do grupo; p = significância

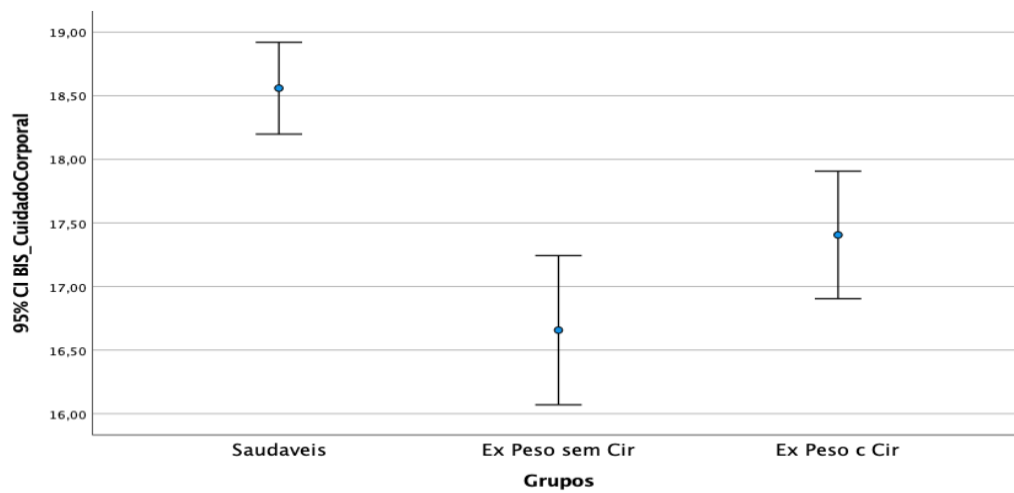


Figura 2. Comparação dos grupos por médias e desvio padrão – Cuidado Corporal

Nas variáveis depressão, ansiedade e somatização do teste BSI-18, a variável somatização apresenta marginalmente significativos entre os grupos, ($F(2.404) = [2.97]$, $p = .52$). Mas não se considera relevante, através da confirmação do resultado, recorreu-se ao teste Tukey HSD, mostrando que a somatização não é significativa entre o grupo normoponderais ($p = .40$, 95% C.I. = $[-2.848, -.0494]$) e o grupo excesso de peso sem cirurgia. (Tabela 5.)

Tabela 5. Análise de Variância - BSI-18

Variáveis	M	DP	95%IC	F	p
Depressão				1.60	.185
Saudáveis	5.32	5.91			
Excesso de peso sem cirurgia	6.67	5.94			
Excesso de peso com Cirurgia	5.52	6.26			
Ansiedade				2.20	.111
Saudáveis	4.55	4.88			
Excesso de peso sem Cirurgia	5.88	5.66			
Excesso de peso com Cirurgia	4.80	5.02			
Somatização				2.97	.052
Saudáveis	3.17	4.15			
Excesso de peso sem Cirurgia	4.02	5.02			
Excesso de peso com Cirurgia	3.86	4.65			

Nota. *M* = média; *DP* = desvio padrão; *F* = variabilidade entre as médias do grupo; *p* = significância

Análise de Regressão Múltipla

Foram testados 3 modelos de regressão múltipla para investigar potenciais preditores de sintomatologia de depressão, ansiedade e stress, indicados pela escala DASS-21, apenas nos sujeitos com $IMC \geq 25$. As variáveis independentes foram: idade; sexo; as dimensões: toque corporal, proteção corporal, cuidado corporal e imagem corporal da escala de imagem corporal (BIS); e as dimensões: estratégias, não aceitação, impulsos, objetivos, e clareza, da escala de autorregulação emocional (DERSFF).

A análise de regressão multivariada (Tabela 6) conduziu a um modelo final significativo que explica 44% da variação relacionada com a depressão ($R^2 = .43$, $p = .001$), em que a idade ($p = .037$), imagem corporal ($p = .001$), e a não aceitação ($p = .002$) foram independentemente associados como possíveis preditores da sintomatologia depressiva. Idade mais jovem, scores mais baixos na escala de imagem corporal e scores mais elevados na escala de não aceitação (regulação emocional) foram associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Tabela 6

Regressão Múltipla – Depressão

N= 273	Coficiente não-estandarizado(SE)
Idade	-.050 (.024)*
Sexo	.047 (.871)
IMC	.029 (.034)
BIS_Toque Corporal	.008 (.063)
BIS_Proteção Corporal	-.167 (.126)
BIS_Cuidado Corporal	-.121 (.100)
BIS_Imagem Corporal	-.271 (.057)*
DERSFF_Estratégias	.202 (.144)
DERSFF_Não Aceitação	.345 (.111)*
DERSFF_Impulsos	-.068 (.111)
DERSFF_Objetivos	.155 (.100)
DERSFF_Clareza	.179 (.098)

* $p < 0.05$

A análise de regressão multivariada (Tabela 7) como variável dependente a ansiedade, conduziu a um modelo final significativo que explica 35% da variação relacionada com a depressão ($R^2 = 0.35$, $p = .001$), em que a proteção corporal ($p = .002$), imagem corporal ($p = .001$), a não aceitação ($p = .014$) e a clareza ($p = .039$), foram independentemente associados como possíveis preditores da sintomatologia ansiógena. Idade mais jovem, scores mais baixos nas escalas de proteção corporal e de imagem corporal, e scores mais elevados nas escalas de não aceitação e clareza para a regulação emocional, foram associados a níveis mais elevados de sintomatologia de ansiedade.

Tabela 7
Regressão Múltipla – Ansiedade

N= 273	Coficiente não-estandarizado(SE)
Idade	-.039 (.021)
Sexo	-.313 (.772)
IMC	.013 (.030)
BIS_Toque Corporal	.089 (.056)
BIS_Proteção Corporal	-.353(.112)*
BIS_Cuidado Corporal	.078 (0.89)
BIS_Imagem Corporal	-.202 (0.50)*
DERSFF_Estratégias	.166 (.128)
DERSFF_Não Aceitação	.245 (.099)*
DERSFF_Impulsos	.057 (.099)
DERSFF_Objetivos	.019 (.089)
DERSFF_Clareza	.181 (.087)*

* $p < 0.05$

A análise de regressão multivariada (Tabela 8) como variável dependente o stress, conduziu a um modelo final significativo que explica 40% da variação relacionada com o stress ($R^2 = .40$, $p = .001$), em que a idade ($p = .033$), imagem corporal ($p = .001$), os objetivos ($p =$

.018) e a clareza ($p = .038$), foram independentemente associados como possíveis preditores da sintomatologia do stress. Idade mais jovem, scores mais baixos na escala de imagem corporal, e scores mais elevados nas escalas de objectivos e clareza para a regulação emocional, foram associados a níveis mais elevados de sintomatologia de stress.

Tabela 8.
Análise Regressão Múltipla - Stress

N= 273	Coficiente não-estandarizado(SE)
Idade	-.052 (.024)*
Sexo	-.175 (.888)
IMC	.032 (.034)
BIS_Toque Corporal	.096 (.064)
BIS_Proteção Corporal	-.076 (.128)
BIS_Cuidado Corporal	-.084 (.102)
BIS_Imagem Corporal	-.204 (0.58)*
DETSFF_Estratégias	.179 (.147)
DETSFF_Não Aceitação	.193 (.114)
DETSFF_Impulsos	.138 (.113)
DETSFF_Objectivos	.243 (.102)*
DETSFF_Clareza	.208 (.100)*

* $p < 0.05$

DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu de forma exploratória, investigar potências diferenças em diversas variáveis psicológicas, entre grupos de sujeitos com e sem excesso de peso. Num primeiro momento, procurou-se analisar diferenças significativas entre os grupos: normoponderais; excesso de peso sem cirurgia e excesso de peso com cirurgia bariátrica, em relação a: sintomatologia da depressão, ansiedade e stress; indicadores de regulação emocional e indicadores de imagem corporal.

No que respeita à regulação emocional, a análise comparativa dos três grupos aponta para a existência de diferenças estatisticamente significativas, em apenas uma das dimensões referente aos impulsos. O grupo de indivíduos cirurgia bariátrica com excesso de peso revelou ter uma maior dificuldade no controlo de impulsos, nomeadamente no controlo dos comportamentos e pensamentos, em relação aos restantes grupos. Este resultado pode-se comparar com os estudos de Moon e Berenbaum (2009), que relatam que indivíduos que passaram por ingestão alimentar compulsiva e obesidade, apresentam uma maior propensão para défices ao nível do processamento dos seus comportamentos, podendo levar a uma sensação de frustração nas suas tentativas de apreender a sua nova identidade como indivíduo após cirurgia bariátrica (Chan, King & Vartanian, 2020). No entanto, nas restantes dimensões das dificuldades de regulação emocional, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, o que não vai ao encontro do que tem vindo a sugerir a literatura. Quando comparados com a população normoponderal ou com a população com excesso de peso, os sujeitos acima do peso ou com diagnóstico de obesidade, apresentam maior dificuldade na regulação das suas emoções, nomeadamente pelo recurso à supressão das mesmas (Zijlstra et al., 2012; Vieira, 2014; Andrei et al., 2018; Casagrande et al., 2020). Era de prever que a população com excesso de peso obtivesse resultados significativos nos parâmetros da regulação emocional, assim como a população com excesso de peso que já realizou a cirurgia bariátrica. Esta incógnita poderá surgir através das estratégias de coping que a população com excesso de peso ou obesa vai adquirindo ao longo da vida para evitar gerenciar as emoções e comportamentos negativos (Lazarus, 1998). Podemos então interrogar-nos o porquê de os indivíduos já operados com excesso de peso apresentarem resultados significativos e a população com excesso de peso não. Este tema pode-se dever ao facto de a população que realizou cirurgia bariátrica, apesar do excesso de peso permanecer, passar por um processo adaptativo, com uma equipa multidisciplinar, que terá como objetivo preparar o paciente para todas mudanças, trabalhando

assim as estratégias mal adaptativas ao longo da vida e obter uma maior clareza e perspectiva real das dificuldades do processo da obesidade (Rosa, 2016). Com isto, poderemos levantar a hipótese, que indivíduos com excesso de peso ou obesidade que não sejam devidamente acompanhados psicologicamente, irão ter a tendência para camuflar as suas dificuldades de regulação emocional. Dado que, o processamento das emoções implica ser capaz de identificar, compreender e aceitar as emoções, e envolve a capacidade de utilizar estratégias adaptativas de regulação das emoções, independentemente da situação encontra (Willem et al., 2019). Isto contrasta com as estratégias de regulação emocional mal adaptativas, que estão associadas a consequências negativas a longo prazo se forem utilizadas com demasiada frequência, tornando-se parte da forma de ser do paciente, contribuindo com estratégias de coping negativas, que a longo prazo não terão um efeito positivo na obesidade.

No que concerne ao estudo das variáveis que mede os níveis depressão, ansiedade e stress, não foram apresentados resultados significativos entre os grupos. Tais resultados não foram os expectáveis, uma vez que os níveis de ansiedade, depressão e stress tendem a ser superiores na população com obesidade, quando comparada com a população normoponderal (Lin et al., 2013). Neste especto podemos referir que no que engloba a população que já foi sujeita a cirurgia bariátrica, é de esperar que os níveis sejam relativamente mais baixos, dado o processo de perda de peso e consequentemente o melhoramento das suas comorbilidades (Tae et al., 2014; Simões & Brandão, 2019). Mas por outro lado, a literatura enfatiza que, apesar da massiva baixa de peso e das comorbilidades, todas as transformações a nível psicológico e físico, a longo prazo, contribuem para o aumento das variáveis depressão, ansiedade e stress (Sarwer & Fabricatore, 2008; Toma, Harling, Athanasiou, Darzi & Ashrafian, 2018). Com estes resultados, suscita-se, a ideia de que existirão variáveis associadas a cada patologia que podem atuar como fatores mediadores desta relação.

Na avaliação dos fatores da perceção corporal, foram apresentados resultados significativamente estatísticos. O cuidado corporal e a imagem corporal são maiores na população normoponderal, do que na população com excesso de peso sem cirurgia e excesso de peso com cirurgia. Uma revisão sistemática mostrou que a forma como nos vemos de forma física, englobando o cuidado e a imagem corporal, são variáveis psicossociais relevantes que tem sido associada à qualidade de vida. (Bertoletti, Aparicio, Bordigon & Trentini, 2018). Tal estudo indica que, a avaliação pré-operatória do corpo pode estimar o nível de insatisfação e expectativas dos pacientes em relação à sua nova forma corporal após a cirurgia bariátrica

(Bertoletti et al., 2018). Fator que tem um enorme peso na forma como cuidamos do nosso corpo e da forma como nos vemos. Tais resultados remetem para quando não existe uma real percepção do nosso corpo, mais baixos serão os níveis dessa percepção, o que conseqüentemente leva a um maior descuido do corpo e uma imagem corporal negativa e distorcida (Monpellier et al., 2018). Em contraste, é importante salientar que não existe consenso na literatura sobre se existe uma correlação direta entre a redução de peso e a imagem corporal, corroborando as teorias sobre a frágil associação entre a representação mental do próprio corpo e a aparência real. A rápida mudança na forma corporal alcançada com a cirurgia bariátrica pode não ser acompanhada por mudanças psicológicas imediatas relacionadas com a imagem corporal, especialmente em pacientes que eram obesos ao longo das suas vidas, já com comportamentos negativos enraizados (Bertoletti et al., 2018). A presença de potenciais variáveis mediadoras da avaliação da imagem corporal versus excesso de peso e obesidade, tais como a autoestima, padrões socioculturais em que se encontra, expectativas de perda de peso (reais ou irreais) e suporte social, devem ser consideradas e avaliadas para um resultado mais conciso.

Na avaliação de uma possível presença de psicopatologia depressiva, ansiosa e somatoforme não foram apresentados resultados significativos entre os grupos. Tais resultados poderão ser surpreendentes, dado que se esperava apresentar resultados apelativos, segundo a literatura, na população com maior índice corporal. A escala da somatização avalia o distress associado a manifestações dos sistemas regulados automaticamente (e.g., gastrointestinal, cardiovascular) (Nazaré, Pereira & Canavarro, 2017). No entanto, a recolha do presente estudo foi realizada em contexto da pandemia COVID-19. De acordo com dados recentes (Santomauro, 2021), devido à pandemia e aos seus fatores de isolamento, os casos de sofrimento psicológico, agravado por ansiedade e conseqüentemente associado a somatização, aumentaram em cerca de 28% e 26% em todo o mundo. Tal época poderá eventualmente, explicar o porquê de os grupos obterem resultados idênticos, uma vez que estas variáveis não foram consideradas. E por sua vez, a população excesso de peso e população com excesso de peso com cirurgia bariátrica indicar, usualmente, níveis de ansiedade, somatização e depressão mais elevados que a restante população (Monpellier et al., 2018).

Por último, no que refere aos potenciais preditores de sintomatologia de depressão, ansiedade e stress, indicados pela escala DASS-21 em sujeitos com o índice de massa corporal ≥ 25 , foram encontradas as respostas particularmente interessantes. Os sujeitos com excesso de peso e com idade mais jovem, foi considerado como um possível indicador de saúde mental,

nomeadamente nos sintomas de ansiedade, stress e depressão. Estes resultados podem ser explicados pelas alterações que existem entre a idade do jovem adulto, como os factores de transição de estilo de vida, incluindo a ligação com a família, aumento das responsabilidades, experiências diferenciadas da idade adolescente e uma maior consolidação dos seus interesses e personalidade (Cheng, Medlow & Steinback, 2016). Tais transformações poderão estar intimamente ligadas ao aparecimento de sintomatologia depressiva, ansiosa e stress, dado todas os factores que englobam a idade mais jovem e as adversidades que por essa fase passam. Outros estudos também defendem que idades mais jovens com excesso de peso ou obesidade, incluindo pacientes bariátricos, tem taxas elevadas de prevalência de sentimentos de frustração, levando ao aumento da psicopatologia geral, ansiedade generalizada, humor depressivo e distorção corporal (Lamertz, Jacobi, Yassouridis, Arnol & Henkel, 2012). Estes estudos vão de encontro aos resultados apresentados, pois a imagem corporal e não aceitação foram associados como preditores da sintomatologia depressiva. Estes resultados poderão indicar que quanto mais jovem, mais probabilidade de contrair disfunções na regulação emocional, nomeadamente a clareza da situação em que se encontra e os objetivos futuros. Esta parte irá influenciar a forma como o sujeito se percebe, trabalhando juntamente com níveis não adaptativos da imagem corporal. Contudo, podemos indicar que os factores da não aceitação, clareza, imagem corporal, proteção corporal, objetivos e uma idade mais jovem estão ligados a uma possível patologia da saúde mental. Mas tais resultados também nos fornecem a informação que, sujeitos com sintomatologia ansiosa, depressiva ou com stress, são mais propícios a poder desenvolver comportamentos que poderão levar à obesidade. Podemos reforçar este resultado com o facto de um estudo afirmar que, a regulação emocional influencia a imagem corporal que, por sua vez, influencia patologias mentais, que de certa forma irão se influenciar concomitantemente, contribuindo para o adquirento de comportamentos desadequados para a manutenção da qualidade de vida (Talen & Mann, 2009).

A presente investigação foi desenvolvida com o propósito de contribuir para o enriquecimento de estudos atuais, referentes à saúde mental, apresentado uma melhor caracterização psicológica da população obesa e bariátrica, assim como, conhecer as variáveis por ela influenciadas e que melhorias poderão ser feitas em estudos futuros na população portuguesa. Através dos dados recolhidos, foi possível dar resposta à questão principal, bem como adquirir mais conhecimentos acerca do grupo considerado obeso e quais os preditores que poderiam influenciar a patologia da obesidade. Assim como contribuir para repensar em protocolos clínicos de avaliação e seguimento desta população.

Contudo, é imprescindível falar sobre as suas limitações. O estudo foi categorizado como transversal, o que seria de prever futuramente um estudo longitudinal de forma a obter resultados mais robustos e com maior valor clínico. Assim como o contexto em que foram recolhidas as amostras, em formato online (via redes sociais) e a pandemia que se apresenta que também pode influenciar os resultados. O IMC foi recolhido através da resposta do paciente, o que poderá enviesar o resultado, assim como o tamanho da amostra, que apesar de não ser pequena, uma maior amostra poderá trazer resultados mais significantes para estudo futuros estudos.

Contudo, este estudo enfatiza, mais uma vez, a importância da saúde mental na população obesa e a importância de existir estudos contínuos, de forma a melhorar o nosso sistema nacional de saúde, conseguindo uma maior prevenção na saúde mental da população obesa, através de um melhoramento do conhecimento da mesma. E uma consequente ação no tratamento e seguimento destes pacientes a longo prazo. Novos estudos deveriam dar continuidade a este estudo exploratório.

Em suma, seja o tratamento cirúrgico ou psicológico é imprescindível uma aplicabilidade dos dois em conjunto e a longo prazo. Reconhece-se a importância da alteração drástica dos hábitos tanto alimentares como psicológicos da população com excesso de peso ou obesa para o sucesso terapêutico. Mas não se obstem de, neste processo, haver propensa a contrair perturbações patológicas, tais são as mudanças na vida destes sujeitos. Seria importante uma avaliação psicossocial destes pacientes, assim como um racional de todo o processo para o sucesso terapêutico destes sujeitos e o estudo de todas as variáveis do indivíduo para resultados e planos mais individualizados e robustos.

REFERÊNCIAS

- Alberti, K. G., Eckel, R. H., Grundy, S. M., Zimmet, P. Z., Cleeman, J. I., Donato, K. A., Fruchart, J. C., James, W. P., Loria, C. M., & Smith, S. C. J. (2010). Harmonizing the metabolic syndrome: A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Obesity and Metabolism*, 7(1), 63–65. <https://doi.org/10.14341/2071-8713-5281>
- Aoun, C., Nassar, L., Soumi, S., El Osta, N., Papazian, T., & Rabbaa Khabbaz, L. (2019b). The Cognitive, Behavioral, and Emotional Aspects of Eating Habits and Association With Impulsivity, Chronotype, Anxiety, and Depression: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 204. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00204>
- Byrne, S. M. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 1029–1036. [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00487-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00487-7)
- Bertoletti, J., Galvis Aparicio, M. J., Bordignon, S., & Trentini, C. M. (2019). Body Image and Bariatric Surgery: A Systematic Review of Literature. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 14(2), 81–92. <https://doi.org/10.1089/bari.2018.0036>
- Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies.* (2009). 373, 14.
- Brandão, M. P., & Fonseca Cardoso, M. (2020). Misperception of Healthy Weight: Associations Among Weight, Body Size Satisfaction and Body Appreciation in Older Adults. *The Journal of Primary Prevention*, 41(1), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10935-019-00573-0>

- Bressan, J., de Carvalho Vidigal, F., & Hermsdorff, H. H. M. (2013). Social Components of the Obesity Epidemic. *Current Obesity Reports*, 2(1), 32–41. <https://doi.org/10.1007/s13679-012-0043-6>
- Casagrande, M., Boncompagni, I., Forte, G., Guarino, A., & Favieri, F. (2020). Emotion and overeating behavior: Effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(5), 1333–1345. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9>
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., & Molinari, E. (2017b). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 10, 165–173. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278>
- Castro, D. C., Samuels, M., & Harman, A. E. (2013). Growing Healthy Kids. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(3), S193–S199. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.11.024>
- Chan, J. K. Y., King, M., & Vartanian, L. R. (2020). Patient perspectives on psychological care after bariatric surgery: A qualitative study. *Clinical Obesity*, 10(6). <https://doi.org/10.1111/cob.12399>
- Cheng, H. L., Medlow, S., & Steinbeck, K. (2016). The Health Consequences of Obesity in Young Adulthood. *Current Obesity Reports*, 5(1), 30–37. <https://doi.org/10.1007/s13679-016-0190-2>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). L. Erlbaum Associates.
- Davin, S. A., & Taylor, N. M. (2009). Comprehensive review of obesity and psychological considerations for treatment. *Psychology, Health & Medicine*, 14(6), 716–725. <https://doi.org/10.1080/13548500903431501>
- Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M., Krishnan, K. R. R.,

- Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Carney, R. M., Coyne, J. C., Delong, M. R., FrasureSmith, N., Glassman, A. H., Gold, P. W., Grant, I., Gwyther, L., Ironson, G., Johnson, R. L., Kanner, A. M., ... Valvo, W. J. (2005). Mood Disorders in the Medically Ill: Scientific Review and Recommendations. *Biological Psychiatry*, 58(3), 175–189. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.05.001>
- Fontaine, K. R., Redden, D. T., Wang, C., Westfall, A. O., & Allison, D. B. (sem data). *Years of Life Lost Due to Obesity*. 7.
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (sem data). *Psychological Correlates of Obesity: Moving to the Next Research Generation*. 18.
- Garner, M. (sem data). *THE FAILURE OF AND DIETARY FOR OBESITY*. 52.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 1. Doi: 0882-2689/04/0300-0041/.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T., Gueorguieva, R., & White, M. A. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 675–685. <https://doi.org/10.1037/a0025049>
- Kubik, J. F., Gill, R. S., Laffin, M., & Karmali, S. (2013). The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *Journal of Obesity*, 2013, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2013/837989>
- Lamertz, C. M., Jacobi, C., Yassouridis, A., Arnold, K., & Henkel, A. W. (2002). Are Obese Adolescents and Young Adults at Higher Risk for Mental Disorders? A Community Survey. *Obesity Research*, 10(11), 1152–1160. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.156>

- Lazarus, R., Sparrow, D., & Weiss, S. (1998). Temporal Relations between Obesity and Insulin: Longitudinal Data from the Normative Aging Study. *American Journal of Epidemiology*, *147*(2), 173–179. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009431>
- Jackson, S. E., Beeken, R. J., & Wardle, J. (2015). Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in England. *Obesity*, *23*, 1105-1111. <http://dx.doi.org/10.1002/oby.21052>
- Macqueen, C. E., Brynes, A. E., & Frost, G. S. (2002). Treating obesity: A follow-up study. Can the stages of change model be used as a postal screening tool? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *15*(1), 3–7. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277X.2002.00328.x>
- Manso, C. M. P. (2018). *Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida dos Doentes*. 142.
- Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahon, M. M., Heinberg, L. J., Kushner, R., Adams, T. D., Shikora, S., Dixon, J. B., & Brethauer, S. (2013). *Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery*. *Obesity*, *21*(S1), S1–S27. <https://doi.org/10.1002/oby.20461>
- Members of the Working Party: Nightingale, C. E., Margaron, M. P., Shearer, E., Redman, J. W., Lucas, D. N., Cousins, J. M., Fox, W. T. A., Kennedy, N. J., Venn, P. J., Skues, M., Gabbott, D., Misra, U., Pandit, J. J., Popat, M. T., & Griffiths, R. (2015). Perioperative management of the obese surgical patient 2015: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland Society for Obesity and Bariatric Anaesthesia. *Anaesthesia*, *70*(7), 859–876. <https://doi.org/10.1111/anae.13101>
- Monpellier, V. M., Antoniou, E. E., Mulkens, S., Janssen, I. M. C., van der Molen, A. B. M.,

- & Jansen, A. T. M. (2018). Body image dissatisfaction and depression in postbariatric patients is associated with less weight loss and a desire for body contouring surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *14*(10), 1507–1515. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.04.016>
- Moon, A., & Berenbaum, H. (2009). Emotional awareness and emotional eating. *Cognition & Emotion*, *23*(3), 417–429. <https://doi.org/10.1080/02699930801961798>
- Moreira, H., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2022). A bifactor analysis of the Difficulties in Emotion Regulation Scale—Short Form (DERS-SF) in a sample of adolescents and adults. *Current Psychology*, *41*(2), 757–782. <https://doi.org/10.1007/s12144-01900602-5>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5* (2), 229-239.
- Paul, L., van der Heiden, C., & Hoek, H. W. (2017). Cognitive behavioral therapy and predictors of weight loss in bariatric surgery patients. *Current Opinion in Psychiatry*, *30*(6), 474–479. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000359>
- Qi, Q., Chu, A. Y., Kang, J. H., Huang, J., Rose, L. M., Jensen, M. K., Liang, L., Curhan, G. C., Pasquale, L. R., Wiggs, J. L., De Vivo, I., Chan, A. T., Choi, H. K., Tamimi, R. M., Ridker, P. M., Hunter, D. J., Willett, W. C., Rimm, E. B., Chasman, D. I., ... Qi, L. (2014). *Fried food consumption, genetic risk, and body mass index: Gene-diet interaction analysis in three US cohort studies*. *BMJ*, *348*(mar19 1), g1610–g1610. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1610>
- Sarwer, D. B., & Polonsky, H. M. (2016). The Psychosocial Burden of Obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *45*(3), 677–688. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2016.04.016>
- Shaw, K. A., Gennat, H. C., O'Rourke, P., & Del Mar, C. (2006). Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2010*(1).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003817.pub3>

Sousa, N. (sd). *Desvendar os segredos do cérebro*. 60.

Santomauro, D. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021; 398: 1700-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

SPCNA - *Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação*. (2022).

Talen, M. R., & Mann, M. M. (2009). Obesity and Mental Health. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 36(2), 287–305. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2009.01.012>

The world health report. 2000: Health systems: improving performance. (2000).

Toma, T., Harling, L., Athanasiou, T., Darzi, A., & Ashrafian, H. (2018). Does Body Contouring After Bariatric Weight Loss Enhance Quality of Life? A Systematic Review of QOL Studies. *Obesity Surgery*, 28(10), 3333–3341. <https://doi.org/10.1007/s11695018-3323-8>

Tomiyama, A. J. (2018). *Stress and Obesity*. 16.

Veloso, M., Pinto Gouveia, J. & Dinis, A. (2011). *Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)*. *Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 87-110.

Vieira, A. I., Fernandes, J., Machado, P. P. P., & Gonçalves, S. (2020). The Portuguese version of the body investment scale: Psychometric properties and relationships with disordered eating and emotion dysregulation. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00302-7>

Garner, D. M., & Wooley, S. C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11(6), 729–

780. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90128-H](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90128-H)
Willem, C., Gandolphe, M.-C., Roussel, M., Verkindt, H., Pattou, F., & Nandrino, J.-L. (2019a). Difficulties in emotion regulation and deficits in interoceptive awareness in moderate and severe obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(4), 633–644. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00738-0>

World Health Organization. (2018). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275474>

WHO: World Health Organization. (2020). Obesity and Overweight. Retirado de <https://www.who.int/topics/obesity/en/>

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética nº 2022_CE-P06



Parecer da Comissão de Ética

Parecer: CE-P06-22

Projeto de Investigação: A autoimagem, Regulação Emocional, Ansiedade, Depressão e Stress em pacientes sujeitos a Cirurgia Bariátrica

Investigadores: Mestranda Joana Catarina Rodrigues Henriques, orientada por Professor Doutor Hugo Senra

Data entrada: 17 de fevereiro de 2022

Data de apreciação: 23 de fevereiro de 2022

Fundamentação do parecer

O parecer emitido refere-se a uma apreciação da garantia dos requisitos éticos no desenvolvimento de um estudo no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, na área de Especialização em Terapias Cognitivo-comportamentais.

No pedido dirigido à Comissão de Ética, a investigadora refere que “os estudos sobre a temática cirurgia bariátrica remetem-se maioritariamente para pacientes já com patologias psicológicas associadas, e o tema do aparecimento no pós-cirurgia não está calculosamente fundamentado, e a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade referir que em Portugal 60% da população é pré obesa ou obesa, surge a necessidade de estudar o mesmo na nossa população”

A principal questão de investigação, de acordo com a investigadora é assim exposta:

“- Qual o impacto do contexto psicológico, nomeadamente o aparecimento de quadros depressivos, ansiosos, episódios de stress, desregulação emocional e noção de autoimagem nos pacientes sujeitos a cirurgia bariátrica?”

Para responder a esta questão, foi desenhado um estudo de natureza transversal, contando com uma recolha de dados não-probabilística através do método de conveniência.

Página 1 de 3

Para a realização do estudo, foram pedidas as autorizações aos autores dos instrumentos para a utilização e administração dos mesmos.

O protocolo de investigação integra os seguintes instrumentos:

a) Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21; versão original de Lovibond & Lovibond, 1995; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), b) Body Investment Scale (BIS; versão original de Orbach & Mikulincer, 1998; versão Portuguesa de Vieira, Fernandes, Paulo, Machado & Gonçalves, 2020), c) Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form (DERS-SF; versão original de Kaufman, Xia, Fosco, Yaptangco, Skidmore & Crowell, 2015; versão Portuguesa de Moreira, Gouveia, & Canavarro, 2020), d) Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18; versão original de Derogatis, 2000; versão Portuguesa de Canavarro, Nazaré, & Fonseca, 2009).

A confidencialidade dos dados recolhidos e proteção dos mesmos irá ser assegurada, assim como a obtenção do consentimento informado dos participantes.

A recolha dos dados da amostra decorrerá entre fevereiro de 2022 e maio de 2022 coincidindo com a atual pandemia Covid-19. Os participantes serão recrutados através das redes sociais (grupos de pacientes e grupos de discussão sobre a obesidade). Após terem concordado em participar e após terem dado o consentimento informado, os participantes serão convidados a preencher um questionário online com o objetivo de recolher os dados demográficos (idade, género, nível educacional, situação profissional), clínicos (índice de massa corporal, cirurgia bariátrica realizada), e psicológicos (escalas psicológicas).

O tamanho da amostra será de 300 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, e distribuídos por três grupos. Para a constituição dos diferentes grupos de participantes, foram usados os seguintes critérios:

Grupo 1: Pacientes considerados obesos pela OMS (adicionar referência) e que não foram sujeitos a cirurgia bariátrica, com residência em Portugal com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos.

Grupo 2: Pacientes considerados obesos pela OMS, sujeitos a cirurgia bariátrica, com um mínimo de 10 anos de operação, com residência em Portugal com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos.

Grupo 3: População considerável saudável (peso), não tendo qualquer questão relacionada com excesso de peso, com residência em Portugal, com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos.

Não será incluído no estudo qualquer sujeito que não se enquadre nos critérios referidos.

Os participantes serão recrutados através das redes sociais (grupos de pacientes e grupos de discussão sobre a obesidade). Após terem concordado em participar e após terem dado o consentimento informado, os participantes serão convidados a preencher um questionário online com o objetivo de recolher os dados demográficos (idade, género, nível educacional, situação profissional), clínicos (índice de massa corporal, cirurgia bariátrica realizada), e psicológicos (escalas psicológicas).

Para o tratamento estatístico dos dados será usado o software IBM Statistics Package for the Social Science (SPSS; v. 25 for Microsoft Windows, IBM Inc. Armonk, NY). Será utilizada estatística descritiva, comparação de médias e modelos de regressão múltipla.

Os dados serão guardados apenas para uso exclusivo do estudo em questão, e irão ser armazenados via Google Docs e SPSS. Apenas terão acesso aos dados o orientador e a orientanda e o prazo do armazenamento será o fim do projeto.

Os investigadores declararam ausência de conflito de interesses de ordem pessoal, comercial, académica, político e/ou financeira, na realização do estudo em apreciação.

Após análise dos elementos expostos, considera esta Comissão de Ética que o estudo em causa cumpre os procedimentos éticos requeridos.

.

Coimbra, 23 fevereiro de 2022

Pl' A Comissão de Ética



(Luís Simões da Cunha, Ph.D.)

Anexo 2 – Consentimento Informado



Código: _____

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido **Investigação no âmbito de Mestrado em Psicologia Clínica**

Antes de ceder a sua autorização para participar neste estudo, pedimos-lhe que leia este pequeno texto. Este trabalho de investigação decorre no âmbito da realização de um trabalho científico do Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra), em Coimbra, cujo objetivo é estudar a regulação emocional, stress, ansiedade, depressão e autoimagem em pacientes obesos sujeitos a cirurgia bariátrica. Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que preencha este documento que consiste na autorização voluntária para participar no projeto de investigação.

A sua participação, embora voluntária, é muito importante para a realização deste estudo. Todos os dados recolhidos têm a garantia de confidencialidade, e obedecem aos preceitos orientadores para a elaboração de trabalhos científicos, sendo utilizados apenas para fins estatísticos.

O/A investigador/a está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo, se assim for o desejo do participante.

Se, em algum momento, optar por não continuar, é livre de desistir.

Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.

Declaro que fui esclarecido acerca dos objetivos e procedimentos desta investigação e que aceito participar nela de livre vontade, além de autorizar o uso dos dados para os fins estatísticos relacionadas com esta pesquisa.

Assinatura/rubrica: _____

Coimbra, _____ de _____ de _____

Contactos: Professor Doutor Hugo Senra: hsenra@gmail.com

Doutora Joana Henriques: joanacrohenriques@gmail.com

Anexo 3 – Questionário Sociodemográfico

Dados Sociodemográficos

Nome completo (confidencial): _____

Contacto telefónico (confidencial): _____

Idade (anos): _____

Sexo

- Feminino
- Masculino

Estado civil

- Solteiro
- Casado/União de Facto
- Separado/Divorciado
- Viúvo

Habilitações literárias ou equivalência (assinale apenas uma das opções)

- 1º ciclo do ensino básico/escola primária
- 2º ciclo do ensino básico (1º ano do antigo ciclo preparatório)
- 3º ciclo do ensino básico (antigo 7º, 8º e 9º ano do liceu/escola industrial)
- Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)
- Curso tecnológico/profissional/outro
- Bachelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Situação profissional

- Estudante
- Ativo
- Desempregado
- Reformado

Dados Corporais

Resposta às questões abaixo indicadas, de forma sincera. Todos os dados são exclusivos para investigação:

Altura (em metros, exemplo: 1.75m): _____

Peso (em kilos, exemplo: 102kg): _____

Já realizou Cirurgia Bariática?

- Sim, já realizei.
- Não, não realizei (ex: indivíduo obeso ou com excesso de peso e/ou lista de espera da operação)
- Não, não realizei (ex: não é obeso/não tem excesso de peso; dentro do parâmetro "saudável")

Se sim, a qual cirurgia que realizou?

- Banda Gástrica
- Sleeve Gástrico
- Bypass Gástrico
- Outra: _____

Qual a data da realização da Cirurgia Bariátrica?

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

História Pessoal

Resposta às questões abaixo indicadas, de forma sincera. Todos os dados são exclusivos para investigação.

Teve no passado algum problema de saúde mental? (ex: depressão, ansiedade, ou outros)*

- Sim.
- Não.

Se sim, especifique qual:

No passado, teve acompanhamento psicológico?

- Sim.
- Não.

Atualmente, tem acompanhamento psicológico?

- Sim.
- Não.

No passado, fez medicação psiquiátrica?

- Sim.
- Não.

Atualmente, faz medicação psiquiátrica?

- Sim.

- Não.

Tem alguma doença crónica?

- Sim.

- Não.

Se sim, especifique qual: