

KÉLVIA SILVA ANDRADE

**QUALIDADE DE VIDA, AUTOCONCEITO E
AJUSTAMENTO EMOCIONAL EM PESSOAS COM
EXCESSO DE PESO**

Orientadora: Joana Brites Rosa

**Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa
2016**

KÉLVIA SILVA ANDRADE

**QUALIDADE DE VIDA, AUTOCONCEITO E
AJUSTAMENTO EMOCIONAL EM PESSOAS COM
EXCESSO DE PESO**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, no curso de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias com o despacho de nomeação de Júri nº 3/2017 com a seguinte composição de Júri:

Presidente: Professor Doutor Américo Baptista

Arguente: Professora Doutora Bárbara Gonzalez

Orientadora: Professora Doutora Joana Brites Rosa

Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Dedicatória

Ao meu pai, que foi a minha grande inspiração. Espero que estejas orgulhoso de mim...

E à minha mãe, que lutou juntamente comigo e foi incansável no apoio que me deu.

“Pensamento positivo”

CAFA

Agradecimentos

Agradeço à minha mãe, Lourdes, pela força que me deu ao longo de todos estes anos, pois, apesar das dificuldades, esteve sempre presente e nunca desistiu de mim. Obrigada mamã!

À minha família, pelo apoio que me deram.

Aos meus amigos que, de alguma forma, me ajudaram neste processo, em especial às minhas amigas Vanessa, Jessica, Lúdia e MVFL.

À minha orientadora, Joana Rosa, por ter acreditado e em mim e pela ajuda durante todo este processo.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo avaliar os níveis de stresse, depressão, ansiedade, autoconceito e qualidade de vida (QdV) nos indivíduos com excesso de peso e compará-los com os níveis dessas variáveis nos indivíduos normoponderais. A amostra é constituída por 132 participantes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, divididos em dois grupos (excesso de peso e normoponderais) de acordo com o IMC (kg/m^2). Foram aplicados o questionário de dados sociodemográficos; o ICAC para avaliar o autoconceito; o WHOQOL-BREF para avaliar a QdV e EADS-21 para avaliar o ajustamento emocional. Os resultados revelaram que o excesso de peso afeta a QdV psicológica, que a escolaridade não interfere no IMC e que quanto maior for o autoconceito melhor é o ajustamento emocional nos indivíduos com excesso de peso, assim como nos normoponderais. Estudos sobre esta temática são necessárias por forma a perceber a associação entre essas variáveis e assim desenvolver um tratamento mais eficaz da obesidade.

Palavras-chave: *excesso de peso, obesidade, qualidade de vida, autoconceito, ajustamento emocional.*

Abstract

This study aims to assess levels of stress, depression, anxiety, self-concept and quality of life (QoL) in patients with overweight and compare them with the levels of these variables in normal weight individuals. The sample consists of 132 participants of both sex, aged over 18, divided into two groups (overweight and normal weight) according to BMI (kg / m²). Were applied the questionnaire of sociodemographic data; the ICAC to assess the self; WHOQOL-BREF to assess QoL and EADS-21 to assess the emotional adjustment. The results show that overweight affects the psychological QoL that education does not interfere with BMI and the higher the better is the emotional self-adjustment in overweight individuals, as well as in normal weight. Studies on this subject are necessary in order to understand the association between these variables and thus develop a more effective treatment of obesity.

Keywords: *overweight, obesity, quality of life, self-concept, emotional adjustment.*

Lista de Abreviaturas e Siglas

IMC- Índice de Massa Corporal

WHO- World Health Organization

QdV- Qualidade de Vida

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

EADS-21- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens

ICAC- Inventário Clínico de Auto-Conceito

WHOQOL-Bref- Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde
breve

DGS- Direção Geral da Saúde

APA- American Psychological Association

CID- Classificação Internacional de Doenças

Índice

Introdução	10
Capítulo 1- Enquadramento Teórico	12
1. Qualidade de vida, Autoconceito e Ajustamento emocional	13
1.1.Qualidade de vida	13
1.2.Autoconceito	14
1.3.Ajustamento emocional.....	15
1.3.1. Stresse.....	15
1.3.2. Ansiedade	16
1.3.3. Depressão	18
2. Excesso de Peso e Obesidade	19
2.1.História, Definição e Classificação	19
2.2.Causas e Consequências da Obesidade	21
2.3.Prevalência da Obesidade	22
3. Relação entre Obesidade, Qualidade de vida, Autoconceito e Ajustamento Emocional	22
4. Objetivos e Hipóteses	25
Capítulo 2- Método.....	26
1. Participantes.....	27
2. Medidas.....	28
2.1.Questionário sociodemográfico	28
2.2.Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	28
2.3.Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC).....	29
2.4. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).....	30
3. Procedimento	31
Capítulo 3- Resultados	32

1. Resultados.....	33
2. Discussão.....	35
Conclusão	38
Referências	39
Anexos.....	I

Índice de Tabelas

Tabela 1- Classificação do Índice de Massa Corporal	20
Tabela 2 - Caraterísticas sociodemográficas e clínicas da amostra	27
Tabela 3 - Comparação do Ajustamento emocional, Autoconceito e Qualidade de Vida entre os grupos normoponderal e com excesso de peso	33
Tabela 4- Correlação entre autoconceito e ajustamento emocional para normoponderais	34
Tabela 5- Correlação entre autoconceito e ajustamento emocional para indivíduos com excesso de peso	34

Introdução

A QdV é a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no sistema de valores e no contexto onde se encontra inserido, tendo em conta os seus próprios padrões, objetivos, expectativas e preocupações (WHOQOL, 1995). Vaz Serra (1988) definiu o autoconceito como a percepção que as pessoas têm de si próprias. Tanto a qualidade de vida como o autoconceito podem ser influenciados pela obesidade, sendo esta última definida como a acumulação excessiva de gordura corporal que pode comprometer a saúde do indivíduo (WHO, 2016; Da Costa, 2014).

Pimenta, Leal, Branco e Maroco (2009) reconhecem a existência de diferentes diagnósticos de perturbações emocionais em indivíduos com excesso de peso, por vezes são consideradas como suas consequências. Por conseguinte, é necessário realçar alguns estados emocionais que estão na base dessas análises clínicas como por exemplo, o stresse, que é definido como uma forma de exprimir estados físicos ou psicológicos desagradáveis, descrever uma situação aversiva ou qualquer acontecimento que provoque mal-estar (Baptista, 2009); ou então a ansiedade definida como um estado de humor focado no futuro, que permite a preparação da possível ocorrência de um evento negativo, onde o medo é a resposta ao perigo eminente ou presente, real ou percebido (Barlow, 2002). Outra possível consequência é a depressão, que é uma perturbação caracterizada pela falta de interesse e prazer, baixa concentração, perturbações no sono e apetite, sentimentos de culpa e diminuição da autoestima, perda de energia e baixa concentração (Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm & Saxena, 2012).

A presente investigação é, desta forma, bastante pertinente, uma vez que a obesidade é uma epidemia mundial que afeta o indivíduo em vários aspetos da sua vida, nomeadamente a nível psicológico. É, portanto, categórico o estudo desta condição médica, de forma a avaliar os diferentes níveis que ela acarreta. Perceber a comorbilidade da obesidade com as perturbações emocionais permite que as intervenções neste campo tenham maiores chances de sucesso.

O principal objetivo deste estudo é, assim, a avaliação dos níveis de QdV, autoconceito e ajustamento emocional nos indivíduos com excesso de peso comparando-os com os níveis dessas variáveis nos indivíduos normoponderais. Deste modo, a dissertação encontra-se dividida em três capítulos. O primeiro corresponde ao enquadramento teórico, no qual se refere os conceitos de QdV, autoconceito, stresse, ansiedade e depressão, para além de definir e classificar o excesso de peso e a obesidade. Ainda se pode encontrar as relações

existentes entre as variáveis em estudo. O segundo capítulo diz respeito ao método utilizado e contém a caracterização da amostra, a descrição das medidas implementadas e o procedimento. O terceiro apresenta os resultados obtidos e a discussão dos mesmos com base na literatura existente. Por fim, na conclusão é feita uma reflexão sobre o estudo e também sugestões para futuras investigações. Para a elaboração da presente dissertação foram seguidas as normas para elaboração de teses e dissertações da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Primo & Mateus, 2014) e as regras da APA (6ª edição) para as referências bibliográficas.

Capítulo 1- Enquadramento teórico

1. Qualidade de vida, Autoconceito e Ajustamento emocional

1.1. Qualidade de vida

O interesse pela importância da qualidade de vida (QdV) iniciou-se na década de 70, contudo só na década de 80 é que esta preocupação se tornou de interesse geral. Nessa altura, diversas personalidades como políticos, economistas e ecologistas utilizavam este conceito para expressar o seu interesse pelo bem-estar das pessoas. (Ribeiro, 1994).

Conta a História que os economistas foram os primeiros a interessarem-se pelo conceito de QdV como meio de avaliação das técnicas sanitárias. Tal interesse surgiu pela necessidade que estes profissionais tinham em obter resultados que fossem úteis na tomada de decisões relativamente à gestão de recursos. Desta feita, com o passar do tempo, a QdV foi ganhando destaque na literatura médica, passando a ter uma orientação mais clínica e menos economicista (Pimental, 2003).

Com o progresso tecnológico da medicina houve um aumento da expectativa de vida dos indivíduos com doenças crónicas e, por isso, para além do estudo de sintomas fisiológicos dessas doenças, tornou-se necessário incluir o estudo da QdV nessas circunstâncias (Pimental, 2003). No entanto, a forma como abordavam o tema era bastante distinta, pois para algumas pessoas o termo QdV significava ter muitos bens materiais, mas, para outras, a QdV estava relacionada com os bens espirituais (Ribeiro, 1994). Isto é, para alguns, a QdV era baseada na opinião alheia, mas havia também quem acreditasse que este conceito se baseava na observação de um especialista. Posto isto, é possível verificar que a QdV era interpretada tanto como uma dimensão objetiva, bem como uma dimensão subjetiva (Ribeiro, 1994).

No final da década de 60, surgiram as investigações no âmbito da QdV e foi nessa altura que este conceito passou a ser uma preocupação científica. A evolução do termo QdV deu-se com o desenvolvimento das economias do pós-guerra, em particular nos países desenvolvidos (Ribeiro, 1994).

A literatura médica tem especial interesse em estudar a QdV, visto que as suas intervenções têm grande impacto no bem-estar dos doentes e, portanto, um maior conhecimento sobre este conceito contribui, efetivamente, para o sucesso dessas intervenções. No contexto médico a QdV é frequentemente denominada por «Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde» ou *Health Related Quality of Life*. (Ribeiro, 1994).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), a QdV é a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no sistema de valores e no contexto onde se encontra inserido relativamente aos seus padrões, objetivos, expectativas e preocupações (WHOQOL,

1995). A QdV representa, assim, um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com as características mais importantes do ambiente onde está inserido. Posto isto, podemos concluir que é um conceito subjetivo e multidimensional (WHOQOL, 1995).

Pelo facto de a QdV basear-se em percepções, reações emocionais, crenças, entre outras condições, é fundamental o papel da psicologia no desenvolvimento de competências para o domínio dessas variáveis psicológicas (Ribeiro, 1994).

1.2. Autoconceito

O autoconceito é a percepção que as pessoas têm de si próprias e o conceito que criam sobre si através dessa percepção. É um constructo que auxilia na compreensão de aspetos importantes do comportamento humano (Vaz Serra, 1988).

A construção do autoconceito é influenciada por diversos fatores, sendo eles a forma como se é observado pelos outros, a ideia que se fica do desempenho em situações específicas, o confronto da conduta pessoal com a dos pares sociais com quem se identifica e a avaliação que se faz de um comportamento específico de acordo com os valores estabelecidos por grupos normativos (Vaz Serra, 1988).

O autoconceito é um julgamento sobre a competência pessoal, realizado através de informações sobre as capacidades e competências em certos domínios de realização. O autoconceito é uma avaliação retrospectiva, que é orientada para o passado, originando percepções e é relativamente estável (Neves & Faria, 2009).

O facto de o autoconceito englobar a identidade do indivíduo faculta a compreensão da continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo. Para além disso, possibilita a percepção da forma como as pessoas interagem com os outros e como se comportam perante as suas necessidades e motivações. Sendo assim, é possível verificar informações sobre os aspetos do autocontrolo, como a razão pela qual o indivíduo inibe ou desenvolve determinado comportamento ou o motivo do aparecimento de certas emoções em determinados contextos (Vaz Serra, 1995).

Para Shavelson et al. (1976), o autoconceito é multifacetado e cada faceta reflete o sistema de categorias adotado por um certo indivíduo e/ou compartilhado por um grupo. Os mesmos autores defendem que dentro do autoconceito geral existe quatro tipos de autoconceito: académico, social, emocional e físico.

De acordo com Vaz Serra (1988), existe o autoconceito real, que é aquilo que o indivíduo pensa ser, e o autoconceito ideal, ou seja, aquilo que o indivíduo gostaria de ser. A diferença entre estes dois conceitos seria um indicador de autoaceitação, portanto, quanto menor for essa diferença maior será a aceitação do indivíduo da forma como ele é.

No conteúdo do autoconceito destacam-se as identidades, sendo que cabe à autoestima os aspetos avaliativos do indivíduo sobre si próprio. As identidades e a autoestima são facetas importantes no autoconceito, mas, para a prática clínica, o papel desempenhado pela autoestima é mais relevante (Vaz Serra, 1995).

A autoestima é uma conceção bastante significativa para o autoconceito e tem grande ênfase no contexto clínico. Pessoas com alta autoestima consideram-se competentes e eficazes e fazem atribuições positivas sobre si próprias, enquanto que, aquelas que apresentam uma baixa autoestima têm o comportamento oposto e desvalorizam-se (Vaz Serra, 1988).

A autoestima é a avaliação feita pelo indivíduo das suas qualidades, desempenhos, virtudes ou valor moral (Vaz Serra, 1988), sendo ela o resultado da relação entre os objetivos determinados pelo indivíduo e o êxito que adquire ao alcançá-los. Quando esta relação é bem-sucedida a autoestima da pessoa eleva-se, porém, se o sucesso não for notório há uma auto depreciação do indivíduo e, conseqüentemente, uma baixa autoestima (Vaz Serra, 1995).

Tendencialmente, as pessoas com uma boa autoestima atribuem o seu êxito a fatores internos como a aptidão e o esforço, já o fracasso, atribuem a fatores externos como o acaso, resultando no alcance de êxitos futuros e o aumento do esforço para tal. Contudo, as pessoas com baixa autoestima consideram que os fatores externos, como a sorte, são os responsáveis pelo seu êxito e o seu fracasso é provocado pela falta de aptidão (Vaz Serra, 1995). O autoconceito influencia várias facetas da vida do indivíduo, tornando-se, por isso, importante no seu funcionamento geral.

1.3. Ajustamento Emocional

1.3.1. Stresse

A expressão stresse foi referida no século XIV para exprimir situações de desafio, aflição ou adversidade. Contudo, só a partir do século XIX é que este termo passou a ser entendido como a razão existente entre a ação e a reação provocada por uma força que atua sobre uma certa superfície (Faro & Pereira, 2013).

O modelo desenvolvido por Cannon em 1932 foi dos primeiros modelos do stresse, tendo sido denominado por Modelo de Luta e Fuga. Este modelo defende que as ameaças

externas provocam uma resposta de luta ou fuga, envolvendo uma maior atividade e excitação, sendo que estas mudanças fisiológicas facultam ao indivíduo a possibilidade de fugir da fonte de stresse ou lutar contra ela (Ogden, 2004).

Para Selye (1976) o stresse é a resposta não específica do corpo a determinada exigência, sendo o *stressor* o que produz o stresse. Neste sentido ele desenvolveu o Síndrome Geral de Adaptação, que é a representação cronológica da resposta ao stresse e encontra-se dividida em três fases: reação de alarme, fase de resistência e estágio de exaustão (Selye, 1976). Na fase de alarme há uma atividade logo após à exposição a uma situação stressante. A fase de resistência inclui o *coping* e tentativas de inverter os efeitos do alarme. A exaustão, por sua vez, é a fase em que, por exposição repetida à situação stressante, a pessoa torna-se incapaz de demonstrar mais resistência (Ogden, 2004).

As definições atuais sobre o stresse consideram o stressor aquilo que é provocado pelo ambiente externo e o stresse a resposta ao stressor ou sofrimento, sendo que o mesmo envolve mudanças fisiológicas, bioquímicas, psicológicas e comportamentais. É possível ainda distinguir o stresse positivo e benéfico, denominado de *eustress*, do stresse perigoso e nocivo, designado de *distress* (Ogden, 2004). Na avaliação das situações de stresse e de distress é relevante a medição objetiva do cortisol, pois, durante e após a exposição a alguns stressores há um crescente aumento da produção e segregação do cortisol (Soares & Alves, 2006).

As reações cognitivas, emocionais ou fisiológicas que um sujeito tem perante situações novas, ameaçadoras, intensas ou que ultrapassem a sua capacidade de lidar com eles é considerado como stresse, podendo este ser provocado por uma pressão externa ou interna, uma ameaça real ou imaginada, que compromete a integridade biológica ou psicológica do indivíduo. Pode ainda ser uma reação que permite lidar com desafios ambientais, físicos e psicossociais (Baptista, 2009).

Utiliza-se a expressão stresse para exprimir estados físicos ou psicológicos desagradáveis, descrever uma situação aversiva ou qualquer acontecimento que provoque mal-estar (Baptista, 2009).

Para Santos (2010), o stresse é um facto psicossocial que tem incidência no funcionamento neurofisiológico, manifestando-se quando se tem a perceção de uma ameaça real ou imaginária que coloca em risco a integridade física e/ou mental da pessoa.

1.3.2. Ansiedade

A ansiedade é um conceito que faz parte da linguagem comum e é interpretado de várias formas. O seu uso na língua portuguesa começou antes da segunda metade do século XIX (Vaz Serra, 1980).

Na Literatura e na Psicologia a ansiedade é vista como uma emoção, contudo, no contexto laboratorial alguns autores consideram-na um impulso ou uma resposta emocional. Posto isto, é possível verificar que a ansiedade é um termo que possui várias aceções, pois existem casos onde ela é vista como uma força que desencadeia um certo comportamento e uma resposta emocional provocada por estímulos, mas também é considerada como um impulso de um comportamento adequado, uma simples emoção ou ainda um traço de personalidade básica (Vaz Serra, 1980).

Para Barlow (2002), a ansiedade é um estado de humor focado no futuro que permite a preparação da possível ocorrência de um evento negativo, onde o medo é a resposta ao perigo eminente ou presente, real ou percebido.

Sendo a ansiedade provocado pela suspeita ou previsão de um perigo à integridade do indivíduo, se este perigo for real estamos perante uma ansiedade realista, no entanto, se este perigo for desconhecido é considerado uma ansiedade neurótica (Cabral & Nick, 2006).

Quanto à causa, a ansiedade pode ser provocada por fatores do foro biológico, como anomalias cerebrais e distúrbios hormonais, ou por fatores que ocorrem no estilo de vida atarefado dos tempos modernos e, uma vez que a autoestima das pessoas ansiosas tende a diminuir, interfere na educação formal e inteligência social das mesmas (Mascarenhas, Roazzi, Leon & Pais-Ribeiro, 2012).

O estado de ansiedade pode, no entanto, evoluir para uma patologia quando já não é adaptativa, ou seja, quando o perigo é algo não real ou então quando o nível de ativação e duração se tornam desproporcionais relativamente à situação objetiva (Rosen & Schulkin, 1998 cit in. Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015).

Existe a ansiedade estado, que representa uma condição transitória de tensão perante uma situação percebida como ameaçadora, simbólica, inespecífica e antecipada, podendo variar de intensidade e oscilar no tempo, dependendo do estímulo stressor com que o organismo se depara. Quanto à ansiedade traço, esta descreve as diferenças individuais estáveis de predisposição para a ansiedade, isto é, a tendência que os indivíduos têm para sofrer de ansiedade (Bachion, Peres, Belisário & De Carvalho, 1998).

Os sintomas do estado de ansiedade são: alteração dos batimentos cardíacos, perturbação na respiração e na pressão arterial, inquietação, tremores, estremecimento, aumento da sudorese e apreensão (Bachion, Peres, Belisário & De Carvalho, 1998).

1.3.3. Depressão

Inicialmente, o termo depressão era utilizado para designar sintomas ou caraterizar estados mentais, sendo a doença denominada de melancolia, correspondia também a um tipo de temperamento, um estado emocional baixo, desanimado, triste e infeliz. Posteriormente, o conceito de melancolia sofreu uma mudança radical, sendo vista como uma insanidade parcial. Foi na sexta edição do tratado de Kraepelin que surgiu a expressão depressão como título de doença, designada de “psicose maníaco-depressiva” (Canale & Furlan, 2006).

A depressão é vista como uma perturbação que provoca no indivíduo falta de interesse e prazer, baixa concentração, perturbações no sono e apetite, sentimentos de culpa e diminuição da autoestima, perda de energia e baixa concentração (Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm & Saxena, 2012). De acordo com Del Porto (1999), a depressão é um estado afetivo, é uma tristeza que faz parte do comportamento humano e que tem um valor adaptativo.

A depressão pode ser provocada por fatores genéticos, químicos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Normalmente ela é um sinalizador de que algum aspeto mental, emocional e físico da vida da pessoa está desequilibrado. Existem ainda outras causas de depressão como a perda de um ente querido, perda de emprego ou perda da autoestima (APA, 2010).

Ela surge em circunstâncias nas quais o indivíduo apresenta pouco ou nenhum controle, mas também em ocasiões onde é incapaz perceber a existência de escolhas que podem provocar mudança na sua vida (APA, 2010).

A depressão pode designar um sintoma, uma síndrome ou doença. Como sintoma, surge de forma secundária perante outras perturbações do foro físico e/ou mental. Enquanto síndrome, abrange alterações de humor (tristeza, apatia, irritabilidade), alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (apatia, sono). Como doença, pode traduzir-se num transtorno depressivo major, na distímia, melancolia ou transtorno bipolar tipo I e II (Del Porto, 1999).

As pessoas que sofrem de depressão normalmente sentem-se impotentes, sem esperanças e culpabilizam-se por apresentarem-se esses sentimentos. A depressão acaba por interferir nas suas tarefas diárias, como por exemplo, comer e dormir. Os indivíduos podem

também apresentar sintomas como dor crónica, dores de cabeça ou de estômago, sentimento de raiva ou agitação por longos períodos acabando mesmo por abandonar a realização de atividades diárias, isolando-se dos amigos e familiares (APA, 2010).

Por vezes, a depressão é acompanhada por sintomas de ansiedade, podendo tornar-se recorrente ou crónica, o que contribui para a perda da capacidade de realização de tarefas quotidianas, chegando mesmo a levar, em alguns casos, ao suicídio (Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm & Saxena, 2012).

A depressão representa uma das perturbações mentais com maior frequência nos cuidados de saúde primários, que afeta a população em geral e é altamente incapacitante, interferindo na vida pessoal, profissional, social e económica daqueles que padecem desta perturbação. A sua deteção é muito complicada uma vez que os indivíduos não procuram ajuda devido aos sintomas (falta de energia, indecisão, insegurança e culpabilidade) da própria doença e os profissionais de saúde nem sempre se encontram preparados para os diagnosticar este problema (Da Silva, Furegato & Júnior, 2003).

2. Excesso de Peso e Obesidade

2.1. História, Definição e Classificação

Há alguns anos, os especialistas não demonstravam interesse em estudar o excesso de peso e a obesidade pois, em algumas culturas, eram vistos como sinal de riqueza. Os gregos foram pioneiros na perceção da obesidade como um perigo e na sua associação com doenças. Hipócrates, nas suas escrituras, alertou para os riscos da obesidade, principalmente como causa da infertilidade, morte precoce e para as doenças provocadas por uma má alimentação (Haslam, 2007).

Ao longo do tempo, o excesso de peso tem vindo a ser visto de forma diferente. Na escassez de comida, as pessoas com excesso de peso eram vistas como prósperas e com bem-estar; por outro lado, nas culturas onde a comida era abundante, as pessoas magras e esguias eram favorecidas e consideradas elegantes (Cassel, 1995).

Foi nos anos 20 e 30 que a obesidade começou a ser vista como um problema genético ou hormonal. Quanto às teorias psicológicas da obesidade, estas apareceram na década de 1940. Nessa altura começaram a considerar que o consumo excessivo de comida não era devido à fome, mas sim motivado pela depressão, a baixa autoestima e o aborrecimento. Desta feita, o excesso de peso passou a ser visto como um indicativo do

sofrimento psíquico das pessoas, perspectiva essa que foi importante para o desenvolvimento de muitos programas de perda de peso (Cassel, 1995).

A obesidade e o excesso de peso são definidos como a acumulação excessiva de gordura corporal que pode comprometer a saúde do indivíduo (WHO, 2016; Da Costa, 2014). De forma a identificar o problema, os níveis de excesso de peso e a obesidade são medidos pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado através do peso (kg) a dividir pelo quadrado da altura (m) do indivíduo (kg/m^2). De acordo com a *World Health Organization* (WHO), um IMC maior ou igual a 25 é considerado sobrepeso e um IMC maior ou igual a 30 pode considerar-se obesidade (WHO, 2016).

A obesidade está incluída na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da WHO, no Capítulo IV correspondente as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (E00-E90), sendo a obesidade codificada como E66 (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/E65-E68>).

Tabela 1

Classificação do Índice de Massa Corporal (Adaptado da WHO, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>)

Classificação do IMC	Valores de referência (kg/m^2)	Risco de comorbilidades
Magreza/Baixo peso	$< 18,5$	Baixo (risco aumentado para outros problemas clínicos)
Variação normal	$\geq 18,5$ e < 25	Médio
Excesso de peso	≥ 25 e < 30	Aumentado
Obesidade grau I	≥ 30 e < 35	Moderado
Obesidade grau II	≥ 35 e < 40	Grave
Obesidade grau III	≥ 40	Muito grave

O IMC não permite, contudo, distinguir a massa magra da massa gorda (WHO, 2016). Para determinar a severidade da obesidade é preciso ter em conta a localização da massa gorda e a relação entre o perímetro da anca e da cintura. Portanto, pode-se classificar a obesidade em duas categorias: obesidade ginóide, quando o acúmulo de gordura se centra na

metade inferior do corpo, sobretudo na coxa e anca; e obesidade androide, quando a maior parte da gordura se encontra na metade superior do corpo, especialmente na zona abdominal (Da Costa, 2014).

A obesidade androide é considerada mais perigosa para a saúde, pois está associada a várias complicações metabólicas como a diabetes do tipo 2, dislipidemias e doenças cardiovasculares (Da Costa, 2014).

2.2. Causas e consequências da obesidade

Relativamente às causas do excesso de peso e da obesidade, considera-se que o desequilíbrio entre o consumo e o gasto das calorias seja um dos principais fatores. Globalmente, verificou-se um aumento no consumo de alimentos ricos em gorduras extremamente calóricas juntamente com a diminuição da atividade física provocada pelo estilo de vida mais sedentário (WHO, 2016).

As teorias fisiológicas defendem que a causa da obesidade esteja na genética da pessoa, devido ao metabolismo ou à quantidade de células gordas. No entanto, as teorias comportamentais acreditam que esta patologia está relacionada com comportamentos como a inatividade física (Ogden, 2004).

As consequências físicas da obesidade incluem problemas como doenças cardiovasculares e hipertensão, alguns tipos de cancro, diabetes, distúrbios do músculo-esqueléticos, sobretudo a osteoartrite e doenças pulmonares (Haslam & James, 2005).

Relativamente aos efeitos psicológicos, atualmente, devido à obsessão pela magreza, a aversão à gordura e à censura dos indivíduos com excesso de peso, as pessoas com este problema apresentam uma baixa autoestima e baixa autoimagem (Ogden, 2004). Em muitos países, o corpo considerado ideal é o magro, pelo que quando há um aumento de peso, em especial nas mulheres, este vem acompanhado de um sentimento de desconforto que pode tornar o indivíduo ansioso e deprimido, podendo levá-lo a desenvolver comportamentos obsessivos de forma a tentar ultrapassar a situação (Haslam & James, 2005).

Os indivíduos com obesidade sofrem de discriminação, pois são associados a estereótipos negativos. São considerados parceiros menos atraente e no trabalho, são os que tem menor salário e que ocupam os cargos mais baixos (Haslam & James, 2005).

Com os progressos nas investigações, descobriu-se a natureza multifatorial da obesidade e, por isso, ficou provado que ela não é unicamente causada por um único aspeto individual (Cassel, 1995).

2.3. Prevalência da obesidade

A obesidade é vista como a epidemia do século XXI e como um dos problemas mais preocupantes da saúde pública. O excesso de peso e a obesidade constituem a causa de morte em cerca de um milhão de pessoas por ano na Europa e está associado à diminuição da qualidade e esperança de vida (DGS, 2007).

Desde de 1980 que o número de pessoas com obesidade tem vindo a aumentar, com prevalência tanto nos países industrializados como nos países em desenvolvimento. De acordo com a WHO, em 2008, cerca de 1,5 biliões de adultos apresentavam excesso de peso, dos quais mais de 200 milhões de homens e, aproximadamente, 300 milhões de mulheres eram obesos (DGS, 2007)

Na Europa, cerca de 20% da população é obesa, com grande incidência na população infantil e nos estratos socioeconómicos mais desfavorecidos. (DGS, 2007)

Em Portugal, mais de 50% da população adulta padece de excesso de peso, sendo que 15% sofre de obesidade. A nível europeu, Portugal é um dos países com maior incidência de obesidade infantil. A proporção de crianças com excesso de peso é de 32% (idades entre os 7 e os 9 anos) e com obesidade é de 11% (DGS, 2007)

Mais de metade da população portuguesa tem excesso de peso, estando 14% da população com obesidade. A estimativa indica que em 2025 cerca de 50% da população será obesa (Da Costa, 2014).

3. Relação entre Obesidade, Qualidade de vida, Autoconceito e Ajustamento Emocional

A cultura ocidental destaca um corpo em forma como a imagem corporal ideal, o que propicia um certo incómodo às pessoas com excesso de peso. Os obesos normalmente têm uma visão negativa do corpo e consideram a forma física como responsável pela felicidade, aceitação e sucesso social. Normalmente, os problemas emocionais são identificados como consequências da obesidade, apresentando sintomas como depressão e ansiedade, apesar de conflitos e problemas psicológicos de autoconceito poderem anteceder o progresso da obesidade (Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

A obesidade interfere na vida das pessoas, afetando vários aspetos como a QdV e o autoconceito. Existem diferentes diagnósticos de perturbações emocionais em indivíduos com excesso de peso e estas aparecem como consequências desta epidemia (Pimenta, Leal, Branco & Maroco, 2009).

Uma das consequências da obesidade é a diminuição da QdV. Neste sentido, Pimenta, Bertrand, Mograbi, Shinohara e Landeira-Fernandez (2015) desenvolveram um estudo para investigar a relação entre a obesidade e a QdV na população brasileira, através da utilização do WHOQOL-BREF. Dividiram 60 participantes de ambos os sexos em três grupos (peso normal, obesidade e obesidade mórbida) com base no IMC dos mesmos. Com este estudo foi possível verificar que os participantes com menor IMC apresentavam melhor QdV comparativamente aos restantes e que não existia diferenças estatisticamente significativas entre sexos.

Outro estudo feito neste sentido foi o dos autores Larsson, Karlsson & Sullivan (2002), realizado na população sueca, com participantes com idades compreendidas entre 14 e 64 anos. De acordo com os resultados obtidos foi possível perceber que os participantes massivamente obesos apresentavam pior QdV. Constataram também que, para além do nível de obesidade influenciar a QdV relacionada com a saúde, o impacto do excesso de peso e a obesidade é diferente quanto ao sexo e à idade.

O estudo desenvolvido por Santos e Pereira (2008) com 228 utentes de uma farmácia, com idade superior a 18 anos, pretendia perceber a relação entre o excesso de peso e a QdV. Os resultados demonstraram que o excesso de peso estava associado a uma pior QdV.

A obesidade contribui para uma baixa autoestima. A ditadura da magreza faz com que a pessoa com obesidade se sinta envergonhada, mas também uma baixa autoestima contribui para o desenvolvimento do problema, o que prejudica a situação de pessoas com excesso de peso. A obesidade pode ainda implicar o desenvolvimento de baixo autoconceito (Glinski, Wetzler, & Goodman, 2001).

Glinski, Wetzler e Goodman (2001) verificaram que os indivíduos com obesidade, depois da cirurgia bariátrica perdiam peso e, por essa razão, havia uma melhoria na autoestima dessas pessoas.

A literatura destaca que, por vezes, as pessoas obesas apresentam ansiedade na sua dinâmica de personalidade. Num estudo realizado por Simon et al. (2006) com 9125 participantes americanos para avaliar a relação entre a obesidade, grau de humor, ansiedade e transtornos por uso de substâncias, verificou-se que a obesidade estava associada a um aumento de cerca de 25% de probabilidade de desenvolvimento de ansiedade e depressão comparativamente com a população em geral.

Num outro estudo realizado com crianças obesas, verificou-se um valor significativo nos sintomas depressivos e de ansiedade nesses sujeitos. Os autores consideraram ser

importante avaliar a presença de problemas de internalização, como a ansiedade e depressão na obesidade infantil (Esposito et al., 2014).

Alchieri, Simonetti, Araújo, De Araújo, De Sousa e Da Silva (2008), desenvolveram uma investigação com 20 participantes com idades compreendidas entre 18 e 50 anos de ambos os sexos. Dividiram a amostra em dois grupos, os com peso normal e os com excesso de peso e obesidade, com o objetivo de avaliar e comparar alguns aspetos psicológicos dos mesmos. No contexto da ansiedade e depressão, verificaram que existiam diferenças estatisticamente significativas somente no que respeita à ansiedade, tendo o grupo com excesso de peso apresentado a presença de um nível leve de ansiedade.

De Wit et al. (2009) realizaram um estudo transversal de saúde física e mental com 43.534 holandeses e verificaram que existia uma forte associação em forma de U entre as categorias de IMC e a depressão ($p \leq 0.001$).

A obesidade provoca perturbação na homeostase e por isso pode ser um potencial indutor de stresse no organismo (Foss & Dyrstad, 2011).

Travison, Donnell, Araújo, Matsumoto e McKinlay (2007) fizeram um estudo com um grupo de homens com idades entre 40 e 70 anos para verificar associações transversais e longitudinais entre a composição corporal e o cortisol. O resultado do estudo demonstrou que existia uma associação entre as variáveis, sendo que o excesso de adiposidade provoca um aumento da concentração de cortisol.

Por seu lado, Foss e Dyrstad, (2011) defenderam a existência de uma ligação fisiopatológica entre obesidade e a libertação do cortisol, sendo esta ligação um aspeto relevante na regulação do stresse em pessoas obesas.

Martins (2012), realizou um estudo onde um dos objetivos era determinar a prevalência de obesidade e depressão em obesos numa Unidade de Saúde Familiar e verificar se existe associação entre obesidade e depressão. Os participantes eram 5700 utentes com idade superior a 18 anos. Os resultados demonstraram que a prevalência de depressão nos obesos era de 30.8% e que havia associação entre obesidade e depressão.

Saueressig e Berleze (2010) desenvolveram um estudo, com 39 participantes de ambos sexos, para analisar quais os fatores poderiam interferir no tratamento da obesidade. A amostra apresentava uma média de IMC de 25,87 ($DP = 3,90$) e foram aplicados os Inventários Beck para ansiedade e depressão. Os resultados demonstraram que 60% ($p = 0,004$) dos participantes apresentavam baixa autoestima, 73,3% ($p = 0,022$) tinham crises de humor depressivo e 93,3% ($p = 0,115$) apresentavam ansiedade. Os autores sugeriram que era

importante ter em consideração fatores psicológicos no tratamento de perda de peso visto que estas interferem no desenvolvimento da obesidade.

Quanto à relação entre a escolaridade e a obesidade, o estudo de Da Fonseca, Faerstein, Chor, Lopes e Andreozzi (2006) indicou que a escolaridade apresentava uma forte associação inversa com o IMC das mulheres. O estudo pretendia verificar a associação entre escolaridade, renda e IMC numa amostra de 3.963 funcionários de uma Universidade Pública no Rio de Janeiro.

Vasconcelos et al. (2012) realizaram um estudo para determinar a ocorrência do excesso de peso e verificar a sua associação com as variáveis sociodemográficas em adultos. A amostra teve 419 participantes de ambos os sexos. Os resultados demonstraram que 59.7 % dos casos apresentavam excesso de peso e, maioritariamente, eram homens mais velhos e com pouca escolaridade.

O estudo desenvolvido por Rocha e Costa (2012) tinha como finalidade perceber os níveis de ansiedade, depressão e do autoconceito em 100 obesos que iriam realizar a cirurgia bariátrica. Os resultados obtidos quanto à ansiedade e depressão não apresentavam valores com significado clínico. Relativamente ao autoconceito, os valores estavam dentro dos da população normal. Quanto à relação entre as variáveis, os resultados demonstraram que a ansiedade e a depressão relacionavam-se de forma significativa e negativa com o autoconceito nas pessoas obesas.

4. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo tem como objetivo a comparação dos níveis de stresse, depressão, ansiedade, autoconceito e QdV entre pessoas com excesso de peso e os que se encontram nos padrões normoponderais de peso.

De acordo com a literatura foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1): indivíduos com excesso de peso ou obesidade apresentam níveis mais baixos de QdV e autoconceito do que os indivíduos normoponderais

Hipótese 2 (H2): os níveis de stresse, ansiedade e depressão são mais altos em indivíduos com excesso de peso comparativamente aos normoponderais.

Hipótese 3 (H3): a ocorrência de obesidade está relacionada com uma baixa escolaridade

Hipótese 4 (H4): ansiedade e depressão associam-se de forma negativa com o autoconceito

Capítulo 2- Método

1. Participantes

O estudo apresentado é quantitativo transversal e de natureza comparativa. Foi recolhida uma amostra de 132 participantes de idade superior a 18 anos, sendo o método de amostragem não probabilística e por conveniência.

Os dados foram recolhidos por uma plataforma online, através de questionários de autorresposta. Os participantes foram envolvidos neste estudo de forma voluntária. A cada indivíduo foi apresentado um termo de consentimento informado, que continha o objetivo do estudo que é a avaliação dos níveis de QdV, autoconceito e ajustamento emocional nos indivíduos com excesso de peso e compará-los com os níveis dessas variáveis nos indivíduos normoponderais, de forma a verificar também a influência do excesso de peso nessas variáveis.

De acordo com os princípios éticos relativos à investigação, garantiu-se o anonimato dos participantes e das respostas (APA, 2010).

A amostra foi dividida em dois grupos, compostos em função do índice de massa corporal (kg/m²), sendo os participantes com IMC entre 18.5 e 24.9, considerados com peso normal e os com IMC igual ou superior a 25 considerados com excesso de peso (WHO, 2016). O grupo com IMC normal (normoponderais) é composto por 81 indivíduos e o grupo com excesso de peso é composto por 40 participantes. As características dos participantes são apresentadas na Tabela 2. Os grupos são equivalentes em todas as variáveis de caracterização, exceto naquelas que serviram para a sua constituição, i.e., o peso e o IMC.

Tabela 2

Caraterísticas sociodemográficas e clínicas da amostra.

	Normoponderais (n = 81)	Excesso de peso (n = 40)	Diferença entre grupos
Idade <i>M (DP)</i>	25.63 (5.73)	26.48 (4.19)	$t(119) = -0.83$
Sexo <i>n (%)</i>			$\chi^2(1) = 0.06$
Feminino	53 (65.43%)	19 (47.50%)	
Masculino	28 (34.57%)	21 (52.50%)	
Anos de escolaridade <i>M (DP)</i>	14.09 (2.47)	23.30 (2.66)	$t(119) = 1.61$
Estado civil <i>n (%)</i>			$\chi^2(2) = 3.36$
Solteiro	70 (85.37%)	33 (82.50%)	
Casado/União de facto	10 (12.35%)	4 (10.00%)	
Divorciado/Separado	1 (1.23%)	3 (7.50%)	
Peso <i>M (DP)</i>	63.78 (9.39)	86.00 (18.10)	$t(119) = 8.91^{**}$
Altura <i>M (DP)</i>	1.70 (0.10)	1.73 (0.12)	$t(119) = -1.36$
IMC <i>M (DP)</i>	21.89 (1.73)	28.62 (4.82)	$t(119) = 11.23^{**}$

$p < .05$; $^{**} p < .01$, two-tailed.

2. Medidas

2.1. Questionário de dados Sociodemográficos

Os participantes preencheram um questionário de dados sociodemográficos (e.g., idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, peso, altura) desenvolvido especificamente para este estudo.

2.2. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

A ansiedade, o stresse e a depressão foram avaliados através da escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), a partir da *Depression Anxiety Stress Scales* (Lovibond & Lovibond, 1995). A versão inicial da EADS era composta por 42 itens, tendo sido a versão portuguesa reduzida para 21 itens (EADS-21; Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) que medem os mesmos constructos que a versão mais extensa. A correlação feita entre a EADS-21 e EADS-42 demonstrou que ambas as versões são idênticas, apresentando variâncias explicadas de 89% para o stresse, 90% para a ansiedade e 96% para a depressão. Os autores verificaram que a EADS de 21 itens apresenta propriedades idênticas às da versão original, o que remete confiança relativamente à sua utilização.

Os 21 itens encontram-se distribuídos por três dimensões, de sete itens cada. A primeira dimensão avalia a depressão e é composta pelos itens que medem a disforia (item 13), o desânimo (item 10), a desvalorização da vida (item 21), a auto depreciação (item 17), a falta de interesse ou de envolvimento (item 16) a anedonia (item 3) e a inércia (item 5; e.g. *tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas*). A segunda dimensão avalia a ansiedade, sendo composta pela excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19), pelos efeitos músculo-esqueléticos (item 7), pela ansiedade situacional (item 9) e pelas experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20; e.g. *Senti tremores*). Por fim, a terceira dimensão avalia o stresse e é composta pela dificuldade em relaxar (itens 1 e 12), pela excitação nervosa (item 8), pelo sentimento de ficar facilmente agitado/chateado (item 18), pela irritabilidade/reação exagerada (itens 6 e 11) e pela impaciência (item 14; e.g. *Senti que estava a utilizar muita energia nervosa*).

Todos os itens são respondidos numa escala de cotação de três pontos, de 0 *não se aplicou nada a mim*, a 3 *aplicou-se a mim a maior parte das vezes*, exprimindo assim a extensão de cada sintoma durante a última semana. Por forma a calcular os resultados de cada

dimensão, são somados os valores dos itens correspondentes, sendo que quanto maior for a pontuação, mais negativos são os estados emocionais.

Relativamente às propriedades psicométricas, a consistência interna da escala foi obtida através do cálculo do *Alfa de Cronbach*, tendo-se verificado o valor de .74 na escala de ansiedade, .81 na escala de stresse e .85 na escala de depressão. Quanto à validade convergente-discriminante dos itens da EADS-21, constatou-se que o item 9 foi o único que não satisfaz critério de maior valor de convergência-discriminação.

2.3. O Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz-Serra, 1986)

O autoconceito foi avaliado pelo Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) que foi criado por Adriano Vaz Serra (1986), para a população portuguesa, com o intuito de avaliar aspetos emocionais e sociais de autoconceito.

O inventário é constituído por 20 itens e pela análise fatorial de componentes principais e de rotação ortogonal foram extraídos seis fatores. O fator 1 é a Aceitação/Rejeição Social, composta pelos itens 1, 4, 9, 16 e 17 (e.g. *Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros*). O fator 2, a Autoeficácia, inclui os itens 3, 5, 8, 11, 18 e 20 (e.g. *Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades*). A Maturidade Psicológica é o fator 3 e é composta pelos itens 13, 2, 6, 7 e 2 (e.g. *Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões*). O fator 4, a Impulsividade-Atividade, inclui os itens 10, 15 e 19 (e.g. *Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço*). Existem ainda dois fatores (itens 12 e 14) com carácter misto e por isso os autores não atribuíram nome algum.

As respostas do ICAC são do tipo *Likert* numa escala de cinco pontos que exprimem a maneira habitual de ser, em que 1 *não concordo*, a 5 *concordo muitíssimo*. O resultado de cada fator é obtido pela soma dos seus itens, sendo que os valores de pontuação mais elevados correspondem a um melhor autoconceito.

Quanto às qualidades psicométricas, a consistência interna apresenta um coeficiente de *Spearman-Brown* de .791, que o autor considerou ser bastante elevado. O teste-reteste apresentou um valor de .838, compreendido como um valor altamente significativo. A validade de constructo foi obtida através da correlação com um item de avaliação de autoconceito cujo valor foi de .466, considerado igualmente significativo pelos autores.

2.4. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona & Paredes, 2006)

A QdV foi avaliada através do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL), que foi desenvolvido pela WHO, a partir da *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL Group, 1995), para avaliar a percepção de QdV dos adultos. Inicialmente adaptaram a WHOQOL de 100 itens para a população portuguesa (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona & Paredes, 2006), depois desenvolveram uma versão reduzida (WHOQOL-Bref; Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona & Paredes, 2006) que satisfizesse igualmente as características psicométricas.

O instrumento é constituído por 26 itens, que se encontram distribuídos por quatro domínios: o Físico, que é composto pelos itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18 (e.g. *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?*); o Psicológico constituído pelos itens 5, 6, 7, 11, 26 e 19 (e.g. *Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio?*); o Relações Sociais composto pelos itens 20, 21 e 22 (e.g. *Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?*); e o Ambiente que é composto pelos itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 (e.g. *Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?*).

Dos 26 itens, existem dois mais gerais que se referem à percepção geral de QdV e à percepção geral de saúde. Os restantes representam cada uma das 24 facetas específicas do instrumento original.

As respostas do WHOQOL-Bref são do tipo Likert, com valores que variam entre 1 *nada*, *muito má* ou *muito insatisfeito* ao 5 *muitíssimo*, *completamente*, *muito boa* ou *muito satisfeito*, de forma a avaliar a vida do participante nas duas últimas semanas. O cálculo dos resultados é feito pela soma dos seus itens e invertendo os itens 3, 4 e 26. Os valores mais elevados são associados à avaliação positiva da QdV.

No que diz respeito às qualidades psicométricas do questionário, a sua consistência interna apresenta um alfa de *Cronbach* entre .64 e .87, valores estes que os autores consideraram aceitáveis. O coeficiente de correlação do teste-reteste varia entre .65 (Relações sociais) e .87 (Psicológico), demonstrando assim que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os domínios. Relativamente à validade discriminante, todos os domínios do WHOQOL-Bref discriminam bem os indivíduos sem patologia daqueles com patologia associada. No que concerne à validade de constructo, as correlações entre todas são

estatisticamente significativas, com os valores que variam entre .44 (Relações Sociais) e .72 (Físico). No que se refere à validade convergente, todos os domínios do WHOQOL-Bref apresentam coeficientes de correlação significativos com o BDI e o BSI, sendo a correlação inversa.

3. Procedimento

O primeiro passo foi inserir os testes no *software* Qualtrics (<http://www.qualtrics.com/>), juntamente com o consentimento informado, onde foi criado um link. Posteriormente, o link foi divulgado aos participantes, que colaboraram voluntariamente no estudo, através de redes sociais e dos contatos pessoais. O período de recolha da amostra decorreu entre o dia 23 de março de 2015 e o dia 3 de março de 2016. A aplicação do questionário teve a duração de cerca de 15 minutos, apesar de não ter sido estabelecido nenhum tempo de resposta aos participantes. Foram excluídos da amostra oito indivíduos porque tinham ou tiveram algum tipo de diagnóstico de stresse, ansiedade ou depressão. Não foram utilizados, para efeitos de tratamento estatístico de dados, 11 participantes por apresentarem um IMC de baixo peso, já que constituíram um grupo pequeno.

Os dados recolhidos foram analisados através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Não se verificou a existência de valores omissos na base de dados. As análises estatísticas tiveram por base um intervalo de confiança de 95%. A consistência interna das medidas obtidas foi avaliada através do cálculo dos coeficientes alfa de *Cronbach*, considerando $\alpha \geq .70$ como aceitável e $\alpha \geq .80$ como ótimo (Nunnally & Bernstein, 1994). A normalidade da distribuição foi analisada através do teste de Kolmogorov-Smirnov e da análise dos coeficientes de assimetria e curtose.

As diferenças nos valores médios das dimensões da QdV, do ajustamento emocional e do autoconceito foram avaliadas através de uma análise da variância multivariada (MANOVA). A correlação entre autoconceito e o ajustamento emocional foi efetuado através de matrizes de correlação (*r* de *Pearson*). Foram ainda calculadas as estatísticas descritivas para as variáveis em estudo.

Capítulo 3 – Resultados

1. Resultados

Para verificar se existe diferenças entre normoponderais e participantes com excesso de peso no autorrelato de ansiedade, stresse e depressão, foi realizada uma análise de variância multivariada. A MANOVA para a ansiedade, stresse e depressão mostrou que não existem diferenças significativas entre os grupos, $Wilks' \Lambda = .99$; $F(3, 115) = 2.26$, $p = .085$; $\eta^2_{part} = .05$.

Este mesmo procedimento foi também aplicado para verificar as diferenças entre grupos relativamente ao autoconceito. A MANOVA para as dimensões do autoconceito mostrou não existirem diferenças significativas entre os grupos, $Wilks' \Lambda = .96$; $F(4, 114) = 2.92$, $p = .292$; $\eta^2_{part} = .04$.

Finalmente, a MANOVA conduzida sobre as dimensões da qualidade de vida indica a existência de diferenças entre os grupos, $Wilks' \Lambda = .92$; $F(4, 110) = 1.26$, $p = .047$; $\eta^2_{part} = .08$. Em particular, a qualidade de vida psicológica é superior no grupo normoponderal, quando comparado com os indivíduos com excesso de peso.

Tabela 3

Comparação do Ajustamento emocional, Autoconceito e Qualidade de Vida entre os grupos normoponderal e com excesso de peso

	Normoponderais ($n = 81$)	Excesso de peso ($n = 40$)	Diferenças entre grupos		
	$M (DP)$	$M (DP)$	$F(1,117)$	p	η^2_{part}
Ansiedade	9.81 (3.03)	11.35 (4.71)	4.18	.043	.04
Stresse	12.28 (3.57)	13.85 (5.42)	4.20	.043	.04
Depressão	8.96 (3.20)	10.85 (4.84)	6.83	.010	.06
Aceitação/Rejeição	18.25 (2.63)	19.25 (3.20)	2.97	.088	.03
Autoeficácia	15.38 (1.82)	15.43 (2.39)	0.09	.762	.00
Maturidade Psic.	15.12 (2.21)	15.10 (2.22)	0.03	.875	.00
Impulsividade/Ac	11.91 (1.58)	11.75 (1.77)	0.17	.683	.00
QV Física	28.46 (3.41)	28.43 (3.88)	0.12	.782	.00
QV Psicológica	23.10 (3.71)	21.60 (4.14)	5.70	.019	.05

QV Social	11.17 (2.20)	10.43 (2.44)	3.71	.056	.03
QV Ambiental	27.90 (4.68)	27.28 (4.62)	0.46	.500	.00

Correlação entre a Escolaridade e o Índice de Massa Corporal

Por forma a poder verificar se a escolaridade está relacionada com o excesso de peso, foi calculado o r de Pearson entre o índice de massa corporal e a escolaridade, tendo-se verificado um valor de $r = -.073$ que se revelou não significativo.

Com objetivo de observar a correlação entre o autoconceito com o ajustamento emocional foram efetuadas, separadamente, matrizes de correlação (r de *Pearson*) para indivíduos normoponderais (tabela 4) e com excesso de peso (tabela 5) cujos resultados significativos ($p \leq .05$) serão abaixo descritos.

Tabela 4

Correlação entre Autoconceito e Ajustamento Emocional para Normoponderais

	Depressão	Ansiedade	Stresse
Aceitação/Rejeição Social	-.159	.095	.063
Autoeficácia	-.263*	-.057	.031
Maturidade Psicológica	-.054	.142	.057
Impulsividade-Atividade	-.457**	-.247*	-.229*

No caso dos indivíduos normoponderais verificaram-se associações negativas entre a depressão e autoeficácia ($r = -.263$, $p \leq .001$), bem como entre a impulsividade-atividade e as três dimensões do ajustamento emocional.

Tabela 5

Correlação entre Autoconceito e Ajustamento emocional para indivíduos com Excesso de Peso

	Depressão	Ansiedade	Stresse
Aceitação/Rejeição Social	-.057	.082	-.060
Autoeficácia	-.003	.174	.015
Maturidade Psicológica	.061	.220	-.016
Impulsividade-Atividade	-.334*	-.088	-.312*

No que respeita à associação entre o autoconceito e o ajustamento emocional nos indivíduos com excesso de peso, verificaram-se menos associações significativas, sendo as mesmas entre a impulsividade-atividade e a depressão ($r = -.334, p = .035$) e o stresse ($r = -.312, p = .050$).

2. Discussão

A prevalência do excesso de peso e da obesidade tem aumentado gradualmente no mundo inteiro. O estilo de vida mais sedentário e a ingestão de alimentos super calóricos são alguns dos fatores que têm contribuído para a propagação da mesma.

Os estereótipos relativamente aos obesos são bastante negativos, provocando a diminuição do autoconceito e autoestima dessas pessoas, assim como a uma pior QdV. Pessoas com esta condição física acabam por desenvolver outras perturbações como a ansiedade, o stresse e a depressão.

A H1 afirma que indivíduos com excesso de peso ou obesidade apresentam níveis mais baixos de QdV e autoconceito do que os indivíduos normoponderais. Os resultados obtidos demonstraram que os participantes normoponderais tendem a apresentar valores superiores de QdV psicológica relativamente àqueles que apresentam excesso de peso. No entanto, quanto ao autoconceito, não foram encontradas diferenças entre estes dois grupos. A hipótese só foi confirmada no que diz respeito à QdV.

Os resultados do presente estudo relativamente à QdV vão de encontro com a literatura. No estudo realizado por Larsson, Karlsson e Sullivan (2002) conclui-se que as pessoas com obesidade mórbida apresentam pior QdV. Outro estudo realizado por Pimenta, Bertrand, Mograbi, Shinohara e Landeira-Fernandez (2015) demonstrou que quanto menor for o IMC dos participantes melhor será a sua QdV. Também o estudo realizado por Santos & Pereira (2008) constata que o excesso de peso se encontra associado a uma pior QdV.

No que diz respeito ao autoconceito, Glinski, Wetzler e Goodman (2001) afirmam que a obesidade provoca o desenvolvimento de baixo autoconceito. O estudo realizado por estes autores demonstrou que, com a perda de peso, havia um aumento da autoestima (Glinski, Wetzler, & Goodman, 2001), tal como no estudo de Saueressig e Berleze (2010), onde se verifica que os obesos têm uma baixa autoestima. No entanto, existe outro estudo onde este facto não ocorre, pois, o IMC não se correlacionou significativamente com o autoconceito (Rocha & Costa, 2012).

A H2 referiu que os níveis de stresse, ansiedade e depressão são mais altos em indivíduos com excesso de peso comparativamente aos normoponderais, ou seja, era esperado que os indivíduos com excesso de peso apresentassem maior desajustamento emocional. Contudo, esta hipótese não foi apoiada pelos resultados, pois não foram encontradas diferenças entre os grupos.

Na literatura, os estudos demonstraram associações entre a ansiedade e depressão com a obesidade (Simon et al., 2006; Saueressig e Berleze, 2010; Esposito et al., 2014). Isto é, as pessoas com obesidade tendem a apresentar maiores níveis de ansiedade e depressão relativamente àquelas que não possuem esta patologia. Também no estudo de Martins (2012), é possível verificar a associação entre obesidade e depressão.

Outro estudo desenvolvido por Alchieri, Simonetti, Araújo, De Araújo, De Sousa e Da Silva (2008), demonstrou que o grupo com excesso de peso apresentava um nível leve de ansiedade.

Os estudos de Travison, Donnell, Araújo, Matsumoto e McKinlay (2007) e de Foss e Dyrstad, (2011) demonstraram a influência da obesidade na produção do cortisol e, consequentemente, maiores níveis de stresse.

Quanto à H3, esta afirma que a ocorrência de obesidade está relacionada com uma baixa escolaridade. Porém, o presente estudo não confirmou esta hipótese, pois os resultados obtidos não revelaram significância entre o IMC e a escolaridade dos participantes.

O estudo de Da Fonseca, Faerstein, Chor, Lopes e Andreozzi (2006) indicou que a escolaridade possui uma forte associação inversa com IMC. Outro estudo que confirmou esta hipótese foi o de Vasconcelos et al. (2012), onde a maioria das pessoas com excesso de peso apresentava pouca escolaridade. Apesar da literatura demonstrar que existe associação entre escolaridade e IMC, o presente estudo contraria as expectativas. Uma condição que pode ter influenciado este resultado foi o facto de os participantes serem maioritariamente estudantes universitários e pertencerem ao mesmo nível socioeconómico.

A H4 mencionou que a ansiedade e depressão associam-se de forma negativa com o autoconceito. Os resultados obtidos referem que existe uma correlação significativa e negativa entre o ajustamento emocional e o autoconceito, tanto nos indivíduos normoponderais como nos com excesso de peso. Nos indivíduos normoponderais esta associação é, no entanto, mais significativa. Posto isto, com base nestes resultados é possível confirmar a hipótese que foi proposta. Sendo que quanto maior for o autoconceito melhor ajustamento emocional, pois os níveis de stresse, ansiedade e depressão são menores.

Os resultados vão de encontro com o estudo realizado por Rocha e Costa (2012), onde se verificou correlações significativas e negativas entre o autoconceito e a ansiedade e depressão.

Os resultados do presente estudo nem sempre estiveram de acordo com a literatura. Uma das limitações que poderá ter influenciado os resultados foi o facto de não terem sido controlados os graus de obesidade. Outro facto a ter em conta é a distribuição dos participantes, uma vez que havia mais indivíduos normoponderais.

Conclusão

A aparência é um aspeto cada vez mais relevante nas sociedades atuais, pois o conceito de beleza vem, muitas vezes, associado ao formato do corpo. Ao longo dos anos, a perceção sobre o excesso de peso tem vindo a mudar, passando de um indicador de riqueza, nos tempos passados, para sugerir a existência de problemas na vida das pessoas, tanto a nível físico como a nível psicológico, para além de ser um aspeto que contribui para a discriminação, nos tempos modernos.

Os tratamentos da obesidade com base em variáveis psicológicas têm vindo a revelar-se satisfatórios. Visto que pessoas com obesidade normalmente acarretam algumas perturbações psicológicas como a ansiedade, o stresse e a depressão, o que provoca, consequentemente, a diminuição da QdV e autoconceito, existe uma forte intervenção clínica no sentido de melhorar a condição física e psicológica desses indivíduos.

Com os resultados do presente estudo foi possível verificar que o excesso de peso afeta a QdV psicológica, que a escolaridade não interfere no IMC e que quanto maior for o autoconceito melhor é o ajustamento emocional nos indivíduos com excesso de peso assim como os normoponderais. Algumas hipóteses não foram confirmadas, pelo que, tal como a literatura sugere, é necessário desenvolver mais estudos sobre esta temática, uma vez que os resultados não são coerentes.

A prevalência da obesidade tem vindo a aumentar no mundo inteiro, principalmente a nível da obesidade infantil, pelo que é imperativo facultar a estas pessoas estratégias para lidarem com esta patologia, de forma a proporcionar-lhes uma melhor QdV.

Durante a realização do trabalho deparei-me com algumas limitações, nomeadamente a falta de literatura sobre a realidade portuguesa neste campo e a falta de congruência nos estudos sobre a temática em questão.

Com o presente estudo é possível verificar que a investigação sobre a obesidade e aspetos psicológicos é bastante complexa e deve-se ter em conta várias variáveis visto que a obesidade é uma doença multifatorial.

Sugere-se, portanto, mais estudos sobre esta matéria na população portuguesa em amostras com adultos, de forma a ter uma certa coerência na influência da obesidade na QdV, autoconceito e ajustamento emocional.

No entanto, espera-se que este estudo seja uma contribuição para o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática.

Referências

- American Psychological Association (APA). (2010). Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association
- American Psychological Association (2010). *Understanding Depression and Effective Treatment* [PDF]. Retirado de <http://www.apa.org/helpcenter/understanding-depression.pdf>
- Alchieri, J. C., Simonetti, M. M. P., Araújo, E. R., De Araújo, P. C. B., De Sousa, H. K. C. & Da Silva, N. G. (2008). Características psicológicas da obesidade: estudo comparativo entre indivíduos normopeso sobrepeso. *Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, 457-458.
- Bachion, M. M., Peres, A. S., Belisário, V. L. & De Carvalho, E. C. (1998). Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2 (1), 33-39.
- Baptista, A. (2009). Stresse: Aspectos psicobiológicos. In J. P. Cruz, S.N. de Jesus & C. Nunes (Eds.), Bem-estar e qualidade de vida: contributos da psicologia da saúde, (pp. 51-65). Alcochete: Textiverso.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. The Guilford Press: New York.
- Cabral, A. & Nick, E. (2006). *Dicionário técnico de psicologia* (14ª ed.). São Paulo: Cultrix.
- Canale A. & Furlan, M. M. D. P. (2006). Depressão. *Arquivos do MUDI*, 10 (2), 23-31.
- Cassell, J. A. (1995). Social anthropology and nutrition: a different look at obesity in America. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 95, 424-427. doi:10.1016/S0002-8223(95)00114-X
- Da Costa, H. L. (2014). *Saúde Mais Próxima: de mãos dadas com a comunidade*. Lisboa: Centro Editorial.
- Da Fonseca M. J. M., Faerstein, E., Chor, D., Lopes, C. S. & Andreozzi, V. L. (2006). Associações entre escolaridade, renda e Índice de Massa Corporal em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil: Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (11), 2359-2367. doi:10.1590/S0102-311X2006001100010

Da Silva, M. C. F., Furegato, A. R. F. & Júnior, M. L. C. (2003). Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (1), 7-13. doi:10.1590/S0104-11692003000100002

Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11. doi: 10.1590/S151644461999000500003

De Vasconcelos, H. C. A., Marinho, N. B. P., Araújo, M. F. M., Freitas, R. W. J. F., Almeida, P. C. & Damasceno, M. M. C. (2012). Avaliação do excesso de peso entre adultos da estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem Uerj*, 20, 573-578.

De Wit L. M., van Straten A., van Herten M., Penninx B.W. & Cuijpers P. (2009). Depression and body mass index, a u-shaped association. *BMC Public Health*, 13, 9-14. doi: 10.1186/1471-2458-9-14

Direcção Geral da Saúde (2007). *Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida* [PDF]. Retirado de <http://www.dgs.pt/?cr=10959>

Esposito, M., Gallai, B., Roccella, M., Marotta, R., Lavano, F., Lavano, S. M., ... & Carotenuto, M. (2014). Anxiety and depression levels in prepubertal obese children: a case-control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1897–1902. doi:10.2147/NDT.S69795

Faro, A. & Pereira, M. E. (2013). Medidas do estresse: uma revisão narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 101-124. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n1/v14n1a07.pdf>

Foss, B. & Dyrstad S. M. (2011). Stress in obesity: Cause or consequence?. *Medical Hypotheses*, 77 (1), 7-10. doi:10.1016/j.mehy.2011.03.011

Glinksi, J., Wetzler, S. & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11(5), 581-588. doi: 10.1381/09608920160557057

Haslam D. (2007). Obesity: A medical history. *Obesity Reviews*, 8, 31-36. doi: 10.1111/j.1467-789X.2007.00314.x

Haslam, D. W. & James, W. P. (2005). Obesity. *The Lancet*, 366, 1197-1209. doi:10.1016/S0140-6736(05)67483-1

Larsson U., Karlsson J. & Sullivan M. (2002) Impact of overweight and obesity on health-related quality of life: a Swedish population study. *Nature publishing group*, 26 (3), 417-424. doi: 10.1038/sj/ijo/0801919

Martins, S. (2012). O peso da mente feminina: associação entre obesidade e depressão. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 28, 163-166.

Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M., Chisholm, D. & Saxena, S. (2012). *Depression: A Global Public Health Concern* [PDF]. Retirado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf

Mascarenhas, S. A. N., Roazzi, A., Leon, G. F. & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Necessidade da gestão do estresse, ansiedade e depressão em estudantes universitários brasileiros. *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde*, 816-821. doi: 10.13140/2.1.3252.1284

Neves, S. P. & Faria, L. (2009). Auto-conceito e auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 206-218.

Ogden, J. (2004). Obesidade e Comportamentos Alimentares. In J. Ogden (Eds), *Psicologia da Saúde* (2ª ed., pp. 161-206). Lisboa: Climepsi.

Ogden, J. (2004). Stress. In J. Ogden (Eds), *Psicologia da Saúde* (2ª ed., pp. 285-311). Lisboa: Climepsi.

Pais-Ribeiro, J.L.P., 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. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>

Pimenta, F., Leal, I., Branco, J. & Maroco, J. (2009). O peso da mente- uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 27, 175-187. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v27n2/v27n2a05.pdf>

Pimenta, F. B. C., Bertrand, E., Mograbi, D. C., Shinohara H. & Landeira-Fernandez J. (2015). The relationship between obesity and quality of life in Brazilian adults. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-7. doi:10.3389/fpsyg.2015.00966

Pimentel, F. L. (2003). *Qualidade de Vida do Doente Oncológico* (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B. & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, Depressão e Stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16 (2), 148-16. doi:10.15309/15psd160202

Primo, J. & Mateus, D. (2014). Normas para a elaboração e apresentação de teses de Doutorado (Aplicáveis às dissertações, trabalhos de projeto e relatórios de estágio de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 12, 179-191.

Rocha, C. & Costa, E. C. (2012). Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise Psicológica*, 30, 451-466. doi: 10.14417/ap.604

Santos, R. & Pereira, J. (2008). O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26, 25-36.

Santos, A.F. (2010). Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: Um modelo teórico para o estresse (Tese de Doutorado não publicada). Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Brasil.

Saueressig, M. R. & Berleze, K. J. (2010). Análise de influências em dietas de emagrecimento. *PSICO*, 41, 231-238.

Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconception. *Canadian Medical Association Journal*, 115, 53-56. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1878603/pdf/canmedaj01483-0055.pdf>

Shavelson, R. J., Hubner, J. J. & Stanton, J. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441. doi: 10.3102/00346543046003407

Simon G. E., M. V. Korff, Saunders, K., D. L. Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Belle, G. V. & Kessler, R. C., (2006). Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Archives of General Psychiatry*, 63 (7), 824-830. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.824

Soares, A. J. A. & Alves, M. G. P. (2006). Cortisol como variável em Psicologia da Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 165-177.

Vasques, F., Martins, F. C. & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 195-198. doi: 10.1590/S0101-60832004000400013

Vaz Serra, A. (1980). O que é a ansiedade?. *Psiquiatria Clínica*, 1 (2), pp. 93-104.

Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84.

Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 2 (6), pp. 101-110.

Vaz Serra, A. (1995). Inventário de Clínico do Auto-Conceito. In L. S. Almeida, M. R. Simões, & L. S. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (pp. 151-163). Braga: APPORT.

Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., ... & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.

World Health Organization (2016). *Obesity and overweight*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Anexos

Anexo A- Questionário do Qualtrics

Qualidade de vida, autoconceito, stresse, ansiedade e depressão

Q1 Caro(a) participante, vim pedir a sua colaboração numa investigação que pretende estudar a qualidade de vida, autoconceito e ajustamento emocional em relação às variáveis físicas. A sua participação é voluntária e consiste no preenchimento de três questionários. Não existem respostas certas ou erradas, assim sendo, solicite que seja o mais sincero(a) nas suas opções, não deixando nenhuma questão por responder. Os dados obtidos são anónimos e confidenciais e destinam-se unicamente a tratamento estatístico. Pode desistir a qualquer altura do preenchimento.

Q2 Idade

Q3 Sexo

- ☐ Masculino (1)
- ☐ Feminino (2)

Q4 Estado Civil

- ☐ Solteiro (1)
- ☐ Casado/União de facto (2)
- ☐ Divorciado/Separado (3)
- ☐ Viúvo (4)

Q5 Anos de Escolaridade Completos

Q6 Profissão

Q7 Peso em kg

Q8 Altura em cm

Q9 Teve, ou tem, algum diagnóstico relacionado com Ansiedade, Depressão ou Stresse?

- ☐ Sim (1)
☐ Não (2)

Q10 Instruções: Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se não tiver certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça. Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Q11 Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e escolha a opção que lhe parece que dá a melhor resposta.

	Muito Má (1)	Má (2)	Nem Boa Nem Má (3)	Boa (4)	Muito Boa (5)
Como avaliaria sua qualidade de vida? (1)	☐	☐	☐	☐	☐

Q12 Escolha a sua resposta

	Muito insatisfeito (1)	Insatisfeito (2)	Nem satisfeito nem insatisfeito (3)	Satisfeito (4)	Muito satisfeito (5)
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? (1)	☐	☐	☐	☐	☐

Q13 As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada (1)	Pouco (2)	Nem muito Nem pouco (3)	Muito (4)	Muitíssimo (5)
Em que medida as suas dores(físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer? (1)	☐	☐	☐	☐	☐
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? (2)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto gosta da vida? (3)	☐	☐	☐	☐	☐
Em que medida sente que a sua vida tem sentido? (4)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto se consegue concentrar? (5)	☐	☐	☐	☐	☐
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? (6)	☐	☐	☐	☐	☐
Em que medida é saudável o seu ambiente físico? (7)	☐	☐	☐	☐	☐

Q14 As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada (1)	Pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Completamente (5)
Tem energia suficiente para sua vida diária? (1)	☐	☐	☐	☐	☐
É capaz de aceitar sua aparência física? (2)	☐	☐	☐	☐	☐
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? (3)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? (4)	☐	☐	☐	☐	☐
Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer? (5)	☐	☐	☐	☐	☐

Q15 Escolha a sua resposta

	Muito Má (1)	Má (2)	Nem boa nem má (3)	Boa (4)	Muito Boa (5)
Como avaliaria a sua mobilidade(capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a))? (1)	☐	☐	☐	☐	☐

Q16 As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

	Muito insatisfeito (1)	Insatisfeito (2)	Nem satisfeito nem insatisfeito (3)	Satisfeito (4)	Muito satisfeito (5)
Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono? (1)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de desempenhar as actividades do seu dia-a-dia? (2)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho? (3)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)? (4)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? (5)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto está satisfeito(a) com sua vida sexual? (6)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos? (7)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do	☐	☐	☐	☐	☐

lugar em que vive? (8)					
Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? (9)	☐	☐	☐	☐	☐
Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza? (10)	☐	☐	☐	☐	☐

Q17 A pergunta seguinte refere-se a frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nunca (1)	Poucas vezes (2)	Algumas vezes (3)	Frequentemente (4)	Sempre (5)
Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? (1)	☐	☐	☐	☐	☐

Q18 Instruções: Todas as pessoas tem uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o seu estado de espírito de momento.

Q19 Escolhe a opção que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não Concordo (1)	Concordo Pouco (2)	Concordo Moderadamente (3)	Concordo Muito (4)	Concordo Muitíssimo (5)
Sei que sou uma pessoa simpática (1)	☐	☐	☐	☐	☐
Costumo ser franco a expressar as minhas opiniões (2)	☐	☐	☐	☐	☐
Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades (3)	☐	☐	☐	☐	☐
No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador (4)	☐	☐	☐	☐	☐
Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer (5)	☐	☐	☐	☐	☐
Considero-me tolerante para com as outras pessoas (6)	☐	☐	☐	☐	☐
Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis (7)	☐	☐	☐	☐	☐
De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas (8)	☐	☐	☐	☐	☐
Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros (9)	☐	☐	☐	☐	☐
Quando tenho	☐	☐	☐	☐	☐

uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática (10)					
Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades (11)	☐	☐	☐	☐	☐
Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo (12)	☐	☐	☐	☐	☐
Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade (13)	☐	☐	☐	☐	☐
Considero-me competente naquilo que faço (14)	☐	☐	☐	☐	☐
Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece (15)	☐	☐	☐	☐	☐
A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar (16)	☐	☐	☐	☐	☐
Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros (17)	☐	☐	☐	☐	☐
Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros (18)	☐	☐	☐	☐	☐
Gosto sempre de me sair bem as coisas que faço (19)	☐	☐	☐	☐	☐
Encontro sempre energia para vencer as	☐	☐	☐	☐	☐

minhas dificuldades (20)					
--------------------------	--	--	--	--	--

Q20 Instruções: Para cada uma das frases que vai ler seguidamente escolha a opção que melhor indica até que ponto cada uma das frases se aplicou a si durante a última semana.

Q21 Não existem respostas certas ou erradas responda de acordo com a seguinte escala:

	Não se aplicou nada a mim (1)	Aplicou-se a mim algumas vezes (2)	Aplicou-se a mim muitas vezes (3)	Aplicou-se a mim maior parte das vezes (4)
Tive dificuldades em me acalmar (1)	☐	☐	☐	☐
Senti a minha boca seca (2)	☐	☐	☐	☐
Não consegui sentir nenhum sentimento positivo (3)	☐	☐	☐	☐
Senti dificuldades em respirar (4)	☐	☐	☐	☐
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas (5)	☐	☐	☐	☐
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações (6)	☐	☐	☐	☐
Senti tremores (por ex., nas mãos) (7)	☐	☐	☐	☐
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa (8)	☐	☐	☐	☐
Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula (9)	☐	☐	☐	☐
Senti que não tinha nada a esperar do futuro (10)	☐	☐	☐	☐
Dei por mim a ficar agitado (11)	☐	☐	☐	☐
Senti dificuldade em me relaxar (12)	☐	☐	☐	☐
Senti-me desanimado e melancólico (13)	☐	☐	☐	☐
Estive intolerante em relação a	☐	☐	☐	☐

qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer (14)				
Senti-me quase a entrar em pânico (15)	☐	☐	☐	☐
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada (16)	☐	☐	☐	☐
Senti que não tinha muito valor como pessoa (17)	☐	☐	☐	☐
Senti que por vezes estava sensível (18)	☐	☐	☐	☐
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico (19)	☐	☐	☐	☐
Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso (20)	☐	☐	☐	☐
Senti que a vida não tinha sentido (21)	☐	☐	☐	☐

Anexo B- EADS-21

EADS-21 - Nome Data____/____/____					
Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. A classificação é a seguinte: 0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter t�do uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Anexo C- ICAC

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO (A. VAZ SERRA — 1985)

Nome _____ Idade _____ Estado civil _____ Data ____/____/____
Sexo _____ Habilitações _____ Profissão _____
Naturalidade _____ Residência _____
F1 (1+4+9+16+17)= _____ F2 (3+5+8+11+18+20)= _____ F3 (2+6+7+13)= _____ F4 (10+15+19)= _____ Total= _____

Instruções

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 — Sei que sou uma pessoa simpática	☐	☐	☐	☐	☐
2 — Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	☐	☐	☐	☐	☐
3 — Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	☐	☐	☐	☐	☐
4 — No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	☐	☐	☐	☐	☐
5 — Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	☐	☐	☐	☐	☐
6 — Considero-me tolerante para com as outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
7 — Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	☐	☐	☐	☐	☐
8 — De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
9 — Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	☐	☐	☐	☐	☐
10 — Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	☐	☐	☐	☐	☐
11 — Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	☐	☐	☐	☐	☐
12 — Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	☐	☐	☐	☐	☐
13 — Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	☐	☐	☐	☐	☐
14 — Considero-me competente naquilo que faço	☐	☐	☐	☐	☐
15 — Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece	☐	☐	☐	☐	☐
16 — A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar	☐	☐	☐	☐	☐
17 — Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	☐	☐	☐	☐	☐
18 — Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	☐	☐	☐	☐	☐
19 — Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	☐	☐	☐	☐	☐
20 — Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	☐	☐	☐	☐	☐

© Copyright — A. Vaz Serra (1985) — Utilização permitida só após autorização escrita do autor.

Anexo D- WHOQOL-Bref

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos A2 Data de Nascimento / /

A3 Sexo ☐ Masculino
☐ Feminino

A4 Escolaridade

Não sabe ler nem escrever	☐
Sabe ler e/ou escrever	☐
1 ^o -4 ^o anos	☐
5 ^o -6 ^o anos	☐
7 ^o -9 ^o anos	☐
10 ^o -12 ^o anos	☐
Estudos Universitários	☐
Formação pós-graduada	☐

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

Solteiro(a)	☐
Casado(a)	☐
União de facto	☐
Separado(a)	☐
Divorciado(a)	☐
Viúvo(a)	☐

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

WHOQOL-BREF 2

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5