



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

NATHÁLIA GOMES DA SILVA

SUPORTE FAMILIAR E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E
ANSIOSA EM PACIENTES SOB TRATAMENTO PARA OBESIDADE

CAMPINA GRANDE - PB

2014

NATHÁLIA GOMES DA SILVA

**SUPORTE FAMILIAR E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E
ANSIOSA EM PACIENTES SOB TRATAMENTO PARA OBESIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do título de Bacharel e licenciado em Psicologia.

Orientador: Professor Me. José Roniere
Morais Batista

Co-orientadora: Professora Dra. Sibelle
Maria Martins de Barros

CAMPINA GRANDE - PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586s Silva, Nathália Gomes da.
Suporte familiar e sintomatologia depressiva e ansiosa em pacientes sob tratamento para obesidade [manuscrito] / Nathalia Gomes da Silva. - 2014.
27 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
"Orientação: Prof. Me. José Roniere Morais Batista, Departamento de Psicologia".
"Co-Orientação: Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros, Departamento de Psicologia".
1. Obesidade. 2. Depressão. 3. Ansiedade. 4. Suporte Familiar. I. Título.

21. ed. CDD 616.398

NATHÁLIA GOMES DA SILVA

**SUPORTE FAMILIAR E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E
ANSIOSA EM PACIENTES SOB TRATAMENTO PARA OBESIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do título de Bacharel e licenciado em Psicologia.

Aprovada em 18/07/2014.

J. Romão

Prof. Me. José Roniere Moraes Batista/ UEPB
Orientador

Karla Carolina Silveira Ribeiro

Profª Drª Karla Carolina Silveira Ribeiro / UEPB
Examinadora

Carolina Silva de Medeiros

Profª Drª Carolina Silva de Medeiros / UEPB
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Lúcia e Rosinaldo, pelo “suporte familiar” que me proporcionaram, pelo zelo e por nunca medirem esforços quando se tratava da minha educação.

Ao meu irmão, Vítor, pelos momentos de descontração e amizade. À minha avó, Nita, e minha tia, Neide, que sempre torceram por mim incondicionalmente.

Ao meu namorado, Luiz Felipe, pela escuta cuidadosa e pelo incentivo nos momentos mais difíceis, seu apoio foi fundamental.

Ao meu orientador, Roniere Morais, por me ensinar um pouco do muito que sabe do mundo da estatística, pela motivação e disponibilidade neste percurso.

À professora, Sibelle Barros, por me apoiar, permitindo que eu pudesse trabalhar com o que gosto, tanto neste trabalho, quanto na extensão. Pelo auxílio na construção deste trabalho, e por ser um exemplo de profissional ética e responsável.

Às professoras Karla Ribeiro e Carolina Medeiros, por terem aceitado participar da banca.

Agradeço imensamente à professora Melyssa Galdino, mesmo com sua passagem breve na minha vida acadêmica, com sua delicadeza e profissionalismo, foi capaz de me mostrar outras possibilidades de atuação da psicologia enquanto ciência e profissão.

À Cristina, que auxiliou na revisão deste trabalho, e por sempre se demonstrar disposta a partilhar ideias. À Paula, com quem sempre pude ter debates que me fizeram crescer pessoalmente e profissionalmente. E aos demais colegas de sala, pela amizade que cultivei nessa estrada.

Ao meu grupo de extensão, especialmente, Edneide, que se dispôs a ajudar na coleta.

À Elayne Esmeraldo, minha supervisora de estágio, pelas discussões enriquecedoras. Desde o início, se mostrou disposta a me auxiliar no que eu precisasse, estou levando uma amiga. À equipe psicossocial da Vara da Infância e Juventude e às minhas colegas de estágio, Paloma e Nane, que estiveram torcendo por mim.

À Thelma Grisi e demais professores que contribuíram para minha formação.

À Dra. Fátima, coordenadora do projeto de obesidade, por permitir o acesso a essas pacientes, sempre valorizando nosso trabalho. À todas as pacientes que colaboraram com este estudo, demonstrando disponibilidade para responder aos inventários.

Enfim, a todos que são especiais para mim, que deixaram suas marcas e enriqueceram minha vida, meu carinho e gratidão.

EPÍGRAFE

Não considere nenhuma prática como imutável.

Mude e esteja pronto a mudar novamente.

Não aceite verdade eterna.

Experimente.

(B. F. Skinner)

SUPORTE FAMILIAR E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ANSIOSA EM PACIENTES SOB TRATAMENTO PARA OBESIDADE

SILVA, Nathália Gomes da¹.

RESUMO

A obesidade é considerada um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna. As pessoas obesas que procuram tratamento apresentam comumente comorbidades psiquiátricas, tais como: sintomas de depressão, ansiedade e alterações do comportamento alimentar. Como agravante, em alguns casos, não existe apoio social/familiar no enfrentamento da doença. Diante disso, o objetivo deste estudo consistiu em verificar a correlação da percepção do suporte familiar com a sintomatologia depressiva e ansiosa em pacientes sob tratamento para obesidade. Utilizou-se o modelo cognitivo como aporte teórico a fim de entender como se estrutura essa relação. A amostra foi composta exclusivamente por pacientes do sexo feminino (N=39), usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), com idade média de 41,00 anos (DP= 10,74). As participantes responderam ao Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF). Os resultados indicaram correlações negativas significativas entre o IPSF com o BDI e o BAI, indicando que, quanto maior a percepção do suporte familiar recebido, menores são os escores de sintomas depressivos e ansiosos. Correlações entre o BDI e o BAI também foram encontradas, indicando que, quanto maior o grau de depressão que as pacientes apresentavam maior era o nível de ansiedade, corroborando com os dados da literatura. De maneira geral, os estudos indicam a efetiva importância do suporte familiar que se percebido como adequado pelo indivíduo, pode se apresentar como um fator de proteção no processo saúde-doença.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade. Depressão. Ansiedade. Suporte Familiar.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, de etiologia multifatorial, caracterizada, principalmente, pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Frequentemente está associada a comorbidades, como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, depressão e comportamentos de esquivia social, que prejudicam a qualidade de vida do indivíduo (ADES; KERBAUY, 2002). A prevalência crescente da obesidade representa um dos principais desafios de saúde pública no início deste século (COUTINHO, 2011).

¹ Graduanda de psicologia da Universidade Estadual da Paraíba.
E-mail para contato: nathaliagomes@outlook.com

No Brasil, estima-se que o índice de sobrepeso tenha atingido mais da metade da população. De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2013), dados divulgados pelo Ministério da Saúde apontavam que, em 2006, 42,7% da população estava acima do peso, e, em 2011, esse número avançou para 48,5%. Em pesquisa lançada em 2013, a frequência de excesso de peso alcançou 51,0%, sendo maior entre homens (54, 5%) do que entre mulheres (48,1%) (VIGITEL, 2013).

Existem vários métodos para dimensionar o grau de obesidade de um indivíduo, a saber: Índice de Massa Corporal (IMC), tabelas de peso e altura, relação cintura-quadril, circunferência abdominal, exames laboratoriais, entre outros. Entretanto, o IMC é o parâmetro utilizado com maior frequência em nível populacional e na prática clínica, por se tratar de um cálculo simples, que apresenta boa correlação com a adiposidade corporal. Este índice é calculado pela relação entre peso e estatura, sendo expresso em Kg/m², e sugere as seguintes classificações: entre 25 e 29,9, caracteriza-se como sobrepeso; 30 e 39,9 obesidade e $\geq 40,0$ obesidade mórbida (ABESO, 2002).

Conforme o Conselho Latino-Americano de Obesidade, o paciente obeso manifesta grande sofrimento psicológico decorrente do preconceito pelo seu excesso de peso e pelas características do seu comportamento alimentar (COUTINHO, 1999). A indicação ao tratamento está associada à avaliação multidisciplinar, composta por endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, assistentes sociais, psiquiatras e psicólogos. O acompanhamento psicológico é considerado essencial, uma vez que as pessoas obesas que procuram tratamento demonstram a prevalência de sintomas psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiosos e alterações do comportamento alimentar (SEGAL et al, 2002 APUD BRAY, 1992; WANDDEN; STUNKARD, 1993).

Comumente o sofrimento psicológico é visto como consequência da obesidade, no entanto, conflitos e problemas psicológicos podem preceder o desenvolvimento dessa condição. As pessoas obesas evidenciam aspectos emocionais e psicológicos que são reconhecidos como potenciais causas, consequências ou retroalimentadores da obesidade (VASQUES; MARTINS; AZEVEDO, 2004). Desse modo, é fundamental novas possibilidades de pesquisa que abordem a obesidade através de uma perspectiva que considere a etiologia, variáveis cognitivas, emocionais e ambientais (hábitos alimentares, familiares, etc.) idiossincráticas.

Um estudo realizado por Costa, Biaggio e Brasil (1998) propôs-se a investigar as relações entre obesidade e as variáveis psicológicas de ansiedade e raiva. A amostra foi composta de 60 sujeitos obesos no início do tratamento para emagrecimento e de 60 sujeitos

não obesos. Os resultados apontaram relações significativas entre obesidade e as variáveis de ansiedade-estado, ansiedade-traço e raiva. Já em outro estudo, realizado por Matos et al. (2002), com obesos mórbidos, foi verificada a ocorrência de episódios de compulsão alimentar periódica em 54% da amostra. Foram verificados também, sintomas depressivos em 100% dos participantes, sendo que, destes, 84% apresentavam sintomatologia grave. Já a frequência de ansiedade foi 70% como traço e 54% como estado. A preocupação com a imagem corporal esteve presente em 76% dos pacientes.

É importante estar atento ao fato de que emoções negativas e sofrimento psicológico também podem estar associados a um ambiente familiar pouco apoiador. Os filhos estão propensos a apresentar características inapropriadas de enfrentamento, conforme os pais passam por situações estressoras e manifestam características semelhantes de enfrentamento. Este fato pode acarretar prejuízos significativos, como rebaixamento da autoestima e do autoconceito ou o desenvolvimento de ansiedade e sintomas depressivos (BAPTISTA; CARDOSO; GOMES, 2012).

O estudo de Moraes, Almeida e Sousa (2003) procurou identificar a percepção de obesos com depressão sobre os fatores envolvidos na manutenção da própria obesidade. Neste estudo, foram selecionados 68 usuários obesos, sendo 21 identificados com escore para depressão. Destes, 19 foram entrevistados individualmente. Foi encontrada a categoria ambiente familiar, como um dos reforçadores envolvidos na manutenção da obesidade, que são agravados quando esta é associada à sintomas depressivos.

Apesar de a literatura ser restrita, no que diz respeito à relação entre obesidade, família, ansiedade e depressão, alguns estudos apontam uma relação entre esses fatores (SOUZA, et al, 2004; MORAES; ALMEIDA; SOUSA, 2003) . No que concerne ao suporte familiar, quando inadequado, pode ser avaliado como fator de risco para a depressão (BAPTISTA; OLIVEIRA, 2004), ansiedade e fracasso no tratamento de doenças de uma forma geral.

O objetivo deste estudo foi verificar as associações da percepção do suporte familiar com a sintomatologia depressiva e ansiosa, procurando identificar se o suporte familiar é uma variável importante para as pessoas que se submetem ao tratamento da obesidade. Trabalhou-se com as hipóteses de que: H1: os escores de ansiedade e depressão estão positivamente relacionados; H2: quanto maior o escore de ansiedade, menor o suporte familiar percebido; e H3: quanto maior o escore de depressão, menor o suporte familiar percebido. Este trabalho tem um caráter inovador, posto que de acordo com a literatura, o suporte familiar não tem sido objeto de investigações no que diz respeito ao tratamento da obesidade.

Nesse sentido, a Teoria Cognitiva de Aaron Beck se mostra como aporte teórico eficaz para entender como se estrutura essa relação. Assim, os construtos depressão, ansiedade e suporte familiar foram abordados à luz dessa teoria.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.2. Depressão

A depressão é o indicador de maior prevalência em casos de obesidade grave (VARGAS, 2012). No tocante à relação entre obesidade e depressão, Saueressig e Berleze (2010), encontraram como resultado depressão leve a moderada em 20,5% da amostra estudada, depressão moderada a grave em 14,4% e depressão grave em 2,6%. Já o estudo realizado por Correia e Afonso (2012) verificou que a sintomatologia depressiva afeta transversalmente a população universitária, contudo, jovens do sexo feminino, com excesso de peso, são mais afetadas por esta condição.

De acordo com Sadock (2007), os transtornos do humor reúnem um grande grupo de transtornos no qual o humor é patológico e perturbações associadas dominam o quadro clínico. Dentre os transtornos do humor existentes, um dos mais conhecidos é a depressão, cujos principais sintomas identificados são: diminuição da autoestima e da autoconfiança, ideias de culpabilidade e/ou indignidade, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga acentuada. O humor depressivo pode ser acompanhado, ainda, de sintomas somáticos, tais como: lentidão psicomotora acentuada, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido.

O transtorno depressivo maior é uma condição comum, sua incidência é de 10% entre pacientes em atenção primária e 15% entre aqueles hospitalizados, com prevalência em pacientes do sexo feminino. Estima-se que entre 15% e 25% das mulheres sejam portadoras deste transtorno (SADOCK, 2007).

Em meados do século XX, Aaron Beck, por meio de observações clínicas sistemáticas e de testagem experimental, chegaram à importante conclusão de que a depressão é decorrente de pensamentos extremamente arraigados. A partir desse pressuposto, descreveram os conceitos elementares da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para explicar os fundamentos psicológicos da depressão. São eles: 1) a tríade cognitiva; 2) os esquemas; e 3) os erros cognitivos (processamento de informações falho) (POWELL et. al, 2008).

A tríade cognitiva apoia-se em três padrões cognitivos maiores. O primeiro componente diz respeito à visão negativa que o paciente tem de si mesmo; o segundo

componente baseia-se na tendência da pessoa depressiva interpretar suas experiências atuais de forma negativa; o terceiro componente se refere à visão negativa do futuro, isto é, quando a pessoa deprimida faz projeções (sofrimentos e dificuldades) a longo prazo (BECK, 1997).

No que se referem aos esquemas, estes dizem respeito à organização estrutural do pensamento, uma vez que armazenam aspectos generalizados de estímulos, ideias ou experiências. Os seres humanos têm esquemas com conteúdos acerca de tudo, das outras pessoas, das emoções, da realidade física, etc. Isso determina a forma como os fenômenos são percebidos e conceitualizados (KNAPP, 2004).

Já os erros cognitivos ou distorções cognitivas, por sua vez, são erros sistemáticos no pensamento que mantém a crença do paciente de seus conceitos negativistas, apesar de não possuir evidências (KNAPP, 2004). De maneira geral, na depressão, os sentidos que invadem a consciência têm propensão a serem, além de negativos, extremos, categóricos, absolutistas e sentenciosos (BECK, 1997).

2.1 Ansiedade

A ansiedade pode ser definida como “estado de humor desconfortável, apreensão negativa em relação ao futuro, inquietação interna desagradável” (DALGALARRONDO, 2008, p. 166), sendo acompanhada de manifestações somáticas e psicológicas, como: sudorese, tremores, taquicardia, epigastralgias, dispneia, dormências ou formigamento, tensão muscular, insônia, irritabilidade, insegurança, medo difuso e impreciso, entre outros. A ansiedade quando funciona como sinal de alerta é adaptativa e muito útil ao ser humano, pois adverte sobre ameaças impelindo o indivíduo a tomar medidas necessárias para evitar ou reduzir suas consequências. Porém, quando presente de forma persistente, a ansiedade torna-se patológica (DALGALARRONDO, 2008).

Diferencia-se a ansiedade normal da ansiedade patológica avaliando se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não (CASTILLO, et al. 2000). De acordo com Zamignani e Banaco (2005) a ansiedade enquanto fenômeno clínico: 1) implica em um comprometimento ocupacional do indivíduo, impedindo o andamento de suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas; 2) envolve um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo; e 3) as respostas de evitação e eliminação ocupam um tempo considerável do dia.

Os casos em que se aplicam essas características são tratados pela literatura médica e psicológica como Transtornos de Ansiedade, e compreendem: o Transtorno de Ansiedade

Generalizada (TAG), a Fobia Específica, o Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social, o Transtorno de Pânico, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

O paciente portador de ansiedade e/ou transtornos ansiosos tem caracteristicamente crenças disfuncionais (avaliação tendenciosa e exagerada a sinais neutros) focalizadas em ameaça física ou psicológica. A percepção de si mesmo e de seus entes significantes como sujeitos a perigos internos e externos sobre os quais não tem controle ou ele é insuficiente para permitir-lhes um senso de segurança (BECK, 2012). Isto é, nos estados ansiosos, o indivíduo superestima os riscos tanto internos quanto externos, e subestima os recursos pessoais e do ambiente para lidar com essas situações (RANGÉ, 2004).

Os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns com uma prevalência estimada durante o período de vida de 9% nas crianças e 15% nos adultos (CASTILLO et al., 2000). No que tange à obesidade é o segundo indicador de maior prevalência nesta população, atrás somente da depressão (VARGAS, 2012).

2.3. Suporte familiar

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2001) descreve diversos fatores que determinam a prevalência, a manifestação e o curso dos transtornos mentais e comportamentais, são eles: fatores sociais e econômicos, fatores demográficos como sexo e idade, ameaças graves como conflitos e desastres, a presença de doença física grave e o ambiente familiar e social. No que diz respeito ao fator ambiente social e emocional, o contexto familiar foi considerado um importante precursor dos transtornos mentais, claramente correlacionados com o aumento das chances de desenvolver esquizofrenia e sintomas depressivos.

Diversas áreas têm evidenciado a família como objeto de estudo a partir do reconhecimento de que ela desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e manutenção da saúde e no equilíbrio emocional de seus membros (SIMIONATO; OLIVEIRA, 2003). Cardoso e Féres-Carneiro (2008) constataram que a família é uma referência fundamental na vida das pessoas, no sentido de experiência, de felicidade, suporte e promoção de equilíbrio pessoal. Contudo, neste estudo, a família foi associada também a experiências de conflitos intrafamiliares, preocupações, expectativas negativas e catastróficas, solidão e sofrimento. Dessa forma, constata-se que nem sempre a família exerce função de proteção e promoção de bem-estar.

O suporte social, mais especificamente o suporte familiar, é apontado como um dos principais amortecedores do efeito de eventos estressores na vida dos indivíduos, o que o torna relevante nos estudos de resiliência psicológica (BAPTISTA, 2005). O construto Suporte Familiar abarca questões relativas às complexas relações que se estabelecem entre os membros de uma família e relaciona-se aos aspectos psicológicos, como manifestação de carinho, atenção, diálogo, proximidade afetiva, liberdade, superproteção e independência existente entre os membros da família (BAPTISTA; SOUZA; ALVES, 2008).

O conceito de suporte familiar adotado neste trabalho é baseado em Baptista (2007), que adota três dimensões principais para a compreensão do funcionamento familiar, a saber: 1) coesão familiar, entendida como uma variação entre separação e conexão dos integrantes da família ou o vínculo emocional que possuem uns com os outros; 2) adaptabilidade, que diz respeito à flexibilidade para mudanças, através da variação na estrutura de poder e nas regras de relacionamento em decorrência de obstáculos ou eventos estressantes que acontecem no cerne familiar; 3) comunicação familiar, do qual fazem parte a empatia, a escuta reflexiva, comentários suportivos e a capacidade de compartilhar sentimentos com os demais membros. É importante ressaltar que Baptista (2007) se embasa na literatura internacional, mais especificamente no modelo circunplexo de interação da família, de Olson, Russell e Sprenkle (1993), porém adaptado à realidade brasileira.

Alguns estudos reafirmam a importância das referidas dimensões. Os resultados do estudo realizado por Jiménez et. al (2003), com pacientes portadores de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), apontaram que famílias com alta coesão e adaptação são vistas como mais inteligentes emocionalmente, menos ansiosas e deprimidas e possuindo crenças mais ligadas à realidade.

Outros estudos também evidenciaram a importância do suporte familiar baseadas na correlação com outras variáveis, a saber: suporte familiar com saúde mental (BAPTISTA; SOUZA, 2008), com suporte social e autoconceito (RIGOTTO, 2006), estilos parentais e sintomatologia depressiva (SANTANA, 2008), crenças irracionais e sintomatologia depressiva (LEMONS, BAPTISTA; CARNEIRO, 2011), ansiedade (BUENO, 2009) entre outros.

No que diz respeito à obesidade, Souza et. al (2004) identificaram o apoio familiar como uma variável importante na manutenção do peso ao lado do comportamento alimentar incorreto, estresse e sentimentos negativos. No trabalho dos autores em questão, identificou-se que a ausência de apoio social e familiar é um dos principais aspectos que dificultam a perda de peso e a consequente manutenção dessa perda. Além disso, identificaram também,

que as pacientes que se sentem apoiadas pela família relatam bem-estar e motivação, contudo as que não sentem apoio mencionam sentimentos de frustração.

3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1. PARTICIPANTES

Participaram do estudo 39 pacientes, do sexo feminino, acima de 18 anos, que estavam em atendimento no ambulatório de obesidade adulta do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), localizado na cidade de Campina Grande, Paraíba. As participantes foram selecionadas de acordo com sua disponibilidade em participar da pesquisa. O critério de exclusão foi unicamente a impossibilidade de preenchimento dos instrumentos por incapacidade cognitiva ou uso de substâncias. Não foi possível ter acesso a nenhum paciente do sexo masculino, pois além dos usuários do serviço serem predominantemente do sexo feminino, no período de coleta não foi encontrado nenhum paciente do sexo masculino em tratamento com a equipe. Como resultado da coleta, foram obtidos 40 casos iniciais, sendo apenas um caso removido, uma vez que a paciente em questão estava vivenciando um fato específico em sua vida, o que comprometeria a validade dos dados.

As participantes possuem em média 41,00 anos de idade (DP= 10,74). A Tabela 1 apresenta os dados socioeconômicos das participantes em termos de frequência e percentagem. No tocante à renda familiar da amostra, a distribuição se deu da seguinte forma: abaixo de um salário mínimo (10%), entre um e dois salários mínimos (60,0%), entre três e quatro salários mínimos (20,0%), mais de cinco salários mínimos (2,5%) e não sabem ou não responderam (5,0%). A maior parte das respondentes é casada (52,5%). Do total da amostra, 40,0% possui o ensino fundamental, destas apenas a metade (20,0%) possui o ensino fundamental completo. Quanto à religião, a maior frequência encontrada foi na religião católica (40,0%), seguida do protestantismo (37,5%). No que se refere ao tempo de tratamento 40,0% estavam em tratamento há cerca de dois anos. Em relação ao histórico familiar 87,5% das participantes afirmou ter algum familiar (pai, mãe, irmãos, tios, entre outros) com o mesmo histórico de obesidade.

Tabela 1 – Dados socioeconômicos das participantes (n=39)

<i>Variáveis</i>	<i>Níveis</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Escolaridade	Fundamental	16	40,0%
	Médio	14	35,0%
	Superior	9	22,5%
Religião	Sem religião	1	2,5%
	Católica	16	40,0%
	Protestante	15	37,5%
	Outras	7	17,5%
Estado civil	Casado	21	52,5%
	Solteiro	13	32,5%
	Separado/divorciado	3	7,5%
	Outros	2	5,0%
Renda	Menos de um salário	4	10,0%
	Um e dois salários	24	60,0%
	Três e quatro salários	8	20,0%
	Cinco salários ou mais	1	2,5%
	Não respondeu	2	5,0%
Tempo no projeto	Menos de um ano	10	25,0%
	Um – dois anos	10	25,0%
	Dois – três anos	16	40,0%
	Acima de três anos	3	7,5%
Histórico familiar	Sim	35	87,5%
	Não	4	10,0%

3.2. INSTRUMENTOS

Foram utilizados três instrumentos de avaliação para a coleta dos dados, além de um questionário socioeconômico:

- 1) Questionário com perguntas socioeconômicas: elaborado pelos próprios pesquisadores, composto de perguntas, tais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, renda mensal da família, além de questionamentos sobre histórico familiar de obesidade.
- 2) *Beck Depression Inventory* – BDI (CUNHA, 2001): foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1993) no *Center for Cognitive Therapy* (CCT) da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia - Estados Unidos, e traduzido para o português por

Jurema Alcides Cunha (2001). O BDI é composto de 21 itens, mais largamente utilizados para aferir a intensidade da depressão. Esse instrumento tem sido universalmente empregado na clínica e em pesquisa com pacientes não-psiquiátricos e na população em geral. O BDI é constituído por subescalas que avaliam os componentes cognitivos-afetivos, comportamentais e queixas somáticas. Cada grupo apresenta quatro alternativas que podem ter escore 0, 1, 2 ou 3. Os itens do BDI incluem: 1) Tristeza; 2) Pessimismo; 3) Sentimento de fracasso; 4) Insatisfação; 5) Culpa; 6) Punição; 7) Auto-aversão; 8) Auto-acusações; 9) Ideias suicidas; 10) Choro; 11) Irritabilidade; 12) Retraimento social; 14) Mudança na auto-imagem; 15) Dificuldade de trabalhar; 16) Insônia; 17) Fatigabilidade; 18) Perda de apetite; 19) Perda de peso; 20) Preocupações somáticas; 21) Perda da libido. A classificação brasileira foi realizada com cinco mil casos propondo os seguintes resultados: depressão mínima (0-11), depressão leve (12-19), depressão moderada (20-35) e depressão severa (36-63).

- 3) *Beck Anxiety Inventory* – BAI (CUNHA, 2001): é constituído por 21 itens, compostos de afirmações descritivas de sintomas de ansiedade. Estas afirmações são avaliadas pelo sujeito numa escala de quatro pontos, refletindo níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 0) Absolutamente não; 1) Levemente: não me incomodou muito; 2) Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; 3) Gravemente: dificilmente pude suportar. Os itens do BAI se referem a: 1) Dormência ou formigamento; 2) Sensação de calor; 3) Tremores nas pernas; 4) Incapacidade de relaxar; 5) Medo que aconteça o pior; 6) Atordoamento ou tontura; 7) Palpitação ou aceleração do coração; 8) Sem equilíbrio; 9) Aterrorizado; 10) Nervoso; 11) Sensação de sufocação; 12) Tremores nas mãos; 13) Trêmulo; 14) Medo de perder o controle; 15) Dificuldade de respirar; 16) Medo de morrer; 17) Assustado; 18) Indigestão ou desconforto abdominal; 19) Sensação de desmaio; 20) Rosto afoqueado; 21) Suor (não devido ao calor). A classificação brasileira foi realizada com cinco mil casos, propondo os seguintes resultados: ansiedade mínima (0-10), ansiedade leve (11-19), ansiedade moderada (20-30) e ansiedade severa (31-63).
- 4) Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF (BAPTISTA, 2007): foi desenvolvido por Baptista (2005), com o objetivo de construir, validar e fornecer maneiras de mensurar o construto de suporte familiar no Brasil. Os dados estão

dispostos em uma escala tipo Likert de três pontos, com as afirmativas: “sempre ou quase sempre”, “às vezes” e “quase nunca ou nunca”. O inventário é dividido em três dimensões, quais sejam: 1) Afetivo-consistente: composto por 21 itens que se referem às relações afetivas positivas intrafamiliares e aos papéis e regras dos integrantes da família. As perguntas são alusivas a interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito, empatia, clareza nas regras intrafamiliares, consistência de comportamentos e verbalizações e habilidades na resolução de problemas; 2) Adaptação familiar: composto por 13 itens, esse fator é uma percepção geral de um baixo ou inadequado suporte familiar, as perguntas referem-se a sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, como: raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, relações agressivas, competição, interesse e etc.; e 3) Autonomia: composto por oito itens, agrupa a percepção de confiança, liberdade e privacidade que o indivíduo tem da sua família. Os resultados propõem que quanto maior o escore obtido, maior o suporte familiar percebido pelo sujeito.

3.3. PROCEDIMENTOS DE COLETA

Conforme as exigências solicitadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Após a aprovação, a coleta de dados foi executada ao longo de dois meses ininterruptos. No dia da aplicação dos instrumentos de avaliação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi entregue para as pacientes que se dispuseram a participar, resguardando sua identidade.

Os instrumentos de avaliação eram entregues para cada participante. Contudo, eram lidos e assinalados pela pesquisadora com os seguintes objetivos: 1) garantir que nenhum item fosse esquecido ou rasurado pelos participantes, o que dificultaria as análises posteriormente; e 2) devido à escolaridade da amostra alguns itens poderiam não ser compreendidos. A aplicação dos instrumentos foi executada individualmente nas próprias salas do ISEA. O tempo de aplicação foi de aproximadamente 35 minutos ininterruptos.

Intercorrências no percurso das atividades da pesquisa, como o fechamento do serviço, fizeram com que houvesse a necessidade de diminuir o escopo da amostra, passando de 100 para 40 casos.

3.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Para a caracterização socioeconômica e análise da incidência e prevalência da ansiedade e depressão (frequência, média, porcentagem e desvio padrão), os dados foram analisados a partir da estatística descritiva. Para as análises correlacionais, utilizou-se a estatística paramétrica de *Pearson*. Para isso usou-se o Pacote Estatístico Para as Ciências Sociais – SPSS, versão 20.0.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise dos resultados, inicialmente é apresentada a distribuição dos participantes de acordo com a pontuação média nos escores do BDI, BAI e IPSF. Essa distribuição permitiu verificar como a amostra se caracteriza de forma geral, em termos dos sintomas depressivos, ansiosos e do suporte familiar percebido. Em seguida, foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* para análise das correlações entre os escores do BDI, BAI e IPSF. Por fim, também foram analisadas as correlações entre o BDI, BAI e cada um dos três fatores do IPSF.

A tabela 2 mostra a distribuição dos participantes de acordo com as médias no escore total do BDI, do BAI e do IPSF, assim como nas dimensões do IPSF. No BDI a média dos participantes foi de 12,35 (DP=7,98), sendo 0 o mínimo atingido e 35 o máximo; no BAI a média foi 12,58 (DP=9,73) variando entre 0, o mínimo, a 41, resultado máximo. Os escores do IPSF, ao serem comparados com os resultados do manual (BAPTISTA, 2010) apontaram que na dimensão Afetivo-Consistente, os participantes obtiveram uma classificação média-alta, com média de 30,38 (DP= 8,12); no fator Adaptação Familiar a média foi de 21,35 (DP=3,69), classificado como média-baixa; no tocante ao fator Autonomia Familiar a média foi de 14,58 (DP=1,88) classificada como média-alta; no total do IPSF os participantes obtiveram uma média de 66,33 (DP=11,29) atingindo assim uma classificação média-alta.

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com a pontuação no BDI, BAI e dimensões do IPSF (n=39)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
BDI	0	35	12,35	7,98
BAI	0	41	12,58	9,73
IPSF	35	84	66,33	11,29
Afetivo-consistente	7	42	30,38	8,12
Adaptação familiar	10	26	21,35	3,69
Autonomia	10	16	14,58	1,88

Com o objetivo de se verificar a relação entre sintomatologia depressiva e ansiosa e a percepção do suporte familiar, foi realizada uma análise correlacional entre os escores das três variáveis. Um teste de correlação de Pearson (bicaudal) detectou uma correlação positiva significativa ($p < 0,01$) de 0,431 entre os escores de Depressão e Ansiedade, que explica 18,57% da variância observada (confirmando a Hipótese H1). De modo que, quanto maior o grau de depressão que os pacientes apresentavam maior também era o nível de ansiedade. No que concerne à análise correlacional do IPSF e do BDI, foi encontrado uma correlação negativa significativa ($p < 0,05$) de -0,399, que explica 15,92% da variância observada. No IPSF e no BAI também foi encontrada uma correlação negativa significativa ($p < 0,01$) de -0,492, que explica 24,20% da variância observada. Desta forma, na medida em que os participantes percebiam o Suporte Familiar como adequado menores eram as pontuações obtidas no BDI e no BAI (confirmando as hipóteses H2 e H3).

Tabela 3 – Coeficiente de correlação entre percepção do suporte familiar e sintomatologia depressiva e ansiosa (n=39)

	<i>BDI</i>	<i>BAI</i>	<i>IPSF</i>
BDI	-		
BAI	0,431**	-	
IPSF	-0,399*	-0,492**	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

A ansiedade geralmente está estreitamente associada aos sintomas de depressão. Estes construtos são considerados independentes, mas é reconhecida uma justaposição entre eles, tanto do ponto de vista da saúde mental como do ponto de vista estatístico (PAIS-RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2005). Associações entre depressão e ansiedade em pacientes obesos foram confirmadas pelo estudo de Soares (2009) que encontrou sintomas de ansiedade em 71,5% dos indivíduos diagnosticados com obesidade e 38,5% de depressão. Tendo verificado em 33,8% dos pacientes a existência de depressão e ansiedade simultaneamente.

No presente estudo, a maioria das correlações encontradas foram negativas, significativas e moderadas. Este resultado já era previsto, pois nos estudos encontrados, valores altos de depressão e de ansiedade comumente estão associados com valores baixos de percepção do suporte familiar.

Resultados similares a este estudo foram encontrados por Santana (2008) e Lemos, Baptista e Carneiro (2011), indicando a importância do suporte familiar na sintomatologia depressiva. Nesse sentido, os estudos mostram que quanto maior a percepção de autonomia, de afetividade e de adaptação, dentre outras características do suporte familiar, menor o número de sintomas depressivos e de crenças irracionais. Resultados análogos também foram encontrados no estudo realizado por Bueno (2009) que indicou que níveis altos de ansiedade-traço/estado estão associados a níveis baixos de percepção do suporte familiar.

De acordo com Campos (2007), o efeito principal do suporte acontece à medida que o receptor o percebe como acessível e satisfatório, e esta percepção é decorrente do fato de o indivíduo sentir-se valorizado, amado, reconhecido, compreendido, cuidado e protegido, assim como, pertencente a uma rede de informações e recursos que com ele são partilhados. As consequências positivas, que contribuem para redução do estresse, aumento da autoestima e bem-estar psicológico, advêm da percepção que o indivíduo tem de sentir-se capaz de enfrentar o ambiente.

Atualmente, a literatura aborda a importância do suporte familiar e social para amostras específicas e sua relação com aspectos psicológicos e sociais. Em uma pesquisa, Baptista e Oliveira (2004) procuraram avaliar a correlação existente entre sintomatologia depressiva e as percepções de suporte familiar. Os resultados obtidos indicaram que o suporte familiar esteve avaliado negativamente no grupo que possuía sintomatologia depressiva, apontando que, quanto maior a sintomatologia depressiva, mais negativa era a percepção do suporte familiar recebido. Os autores chamaram atenção ainda para o fato de que os sintomas depressivos também podem estar envolvidos na percepção do suporte familiar, já que indivíduos com depressão tendem a perceber o seu suporte familiar como mais

supercontrolador e fornecendo menores taxas de carinho.

Por isso, faz-se necessário considerar a possibilidade de existirem outros fatores que influenciaram nesses resultados, entre eles: as condições socioeconômicas dos participantes, o uso de medicamentos (ansiolíticos e antidepressivos), que afeta a maneira pela qual o sujeito interage com a família, o suporte oferecido pelo próprio serviço, entre outros.

Cumprе ressaltar que, para o modelo cognitivo, o modo como as pessoas se sentem está relacionado a forma como elas interpretam e pensam sobre as situações, isto é, não é a situação por si só que determina como elas se sentem; a percepção da situação serve como mediadora da resposta emocional do sujeito (BECK, 1997).

Após a análise correlacional dos escores totais, realizou-se também uma análise correlacional entre as dimensões do IPSF e o escore total do BDI e do BAI, visando verificar a magnitude das dimensões e suas respectivas relações sobre os sintomas de depressão e de ansiedade.

Conforme pode ser visualizado na Tabela 4, todas as dimensões do IPSF se correlacionaram negativamente com o BDI e com o BAI. No que diz respeito ao BDI, apenas o fator 2, Adaptação familiar, se correlacionou significativamente ($p < 0,01$) atingindo -0,519 que explica 26,93% da variância observada. Dessa forma, quanto menor o escore do fator adaptação familiar, maior os escores de depressão. Já para o escore do BAI, dois fatores apresentaram correlações negativas e significativas. O fator 1, afetivo-consistente, teve correlação de -0,349 ($p < 0,05$), que explica 12,18% da variância observada; e o fator 2, adaptação-familiar, teve correlação de -0,649 ($p < 0,01$), que explica 42,12% da variância observada. Assim, quanto maiores os escores observados nos fatores de adaptação familiar e afetivo-consistente, menor foi o escore no inventário de ansiedade.

Tabela 4 – Coeficiente de correlação entre as dimensões da percepção do suporte familiar e sintomatologia depressiva e ansiosa (n=39)

<i>Dimensões do IPSF</i>	<i>BDI</i>	<i>BAI</i>
Afetivo- consistente	-0,281	-0,349*
Adaptação familiar	-0,519**	-0,649**
Autonomia	-0,163	-0,167

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Resultado semelhante foi encontrado por Baptista, Lemos e Carneiro (2011) em que a magnitude correlacional entre o IPSF com o BDI foi fraca nos fatores afetivo-consistente e autonomia familiar, e moderada no fator adaptação familiar. Dessa forma, neste estudo, chama-se atenção para o fator adaptação familiar, que foi significativo tanto em relação à sintomatologia depressiva quanto à ansiosa, o que pode indicar sua forte influência na determinação de uma percepção adequada do suporte familiar para pacientes obesos. O fator em questão é composto de afirmações voltadas para sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, tais como: “Eu me sinto como um estranho na minha família”; “Viver com minha família é desagradável”. Tais afirmações denotam diretamente a sensação de não pertencimento à família. Sugerindo que o sentimento de pertença seja mais importante do que demonstrar carinho através de palavras ou do que ter privacidade de uma forma geral.

Essa necessidade de se sentir aceito pode ser reflexo da pressão social sofrida por pessoas obesas as quais fogem do padrão corpóreo tomado como ideal por parte da sociedade. Tipicamente são atribuídas as pessoas obesas as características de gulosas, preguiçosas, desleixadas e sem força de vontade (FELIPPE et. al, 2004), e ter um lugar onde se sentem seguras e acolhidas pode ser fundamental. Este resultado demonstra a importância desse fator, ao ponto de que, quando não percebido como ideal, cause um aumento nos escores de ansiedade e depressão.

A importância da adaptação familiar é reforçada pela literatura na qual os conflitos e elementos abarcados pela segunda dimensão do IPSF são um importante preditor de mau funcionamento familiar e conseqüentemente a percepção de ausência de suporte (BAPTISTA, 2007). Outros estudos também encontraram correlação significativa entre o referido fator e a sintomatologia depressiva e ansiosa. Bueno (2009) avaliou a ansiedade e o suporte familiar em pacientes hipertensos. No estudo em questão, a autora constatou uma correlação negativa de -0,45 entre o BAI e o fator adaptação familiar, que explica 20% da variância observada. Para Baptista (2007) a solução de problemas, a coesão/ vínculos, também estariam especificamente relacionadas com a habilidade da família em resolver e apoiar os membros em situações-problema.

Nesse sentido, entende-se que a família contribui para fortalecer a visão de si mesmo de seus membros no que tange ao domínio emocional. A intervenção de familiares, ao expressar solidariedade e oferecer amor, esperança e conforto, minimiza sentimentos de raiva e culpa, assim como sintomas de ansiedade e depressão (CAMPOS, 2007). Em vista disso, faz-se necessário a construção de uma percepção de apoio para pacientes obesos, principalmente no que tange a adaptação familiar. Assim, o trabalho do psicólogo com este

público torna-se fundamental. Sugere-se que as intervenções devam abordar as crenças construídas no ambiente social e cultural, assim como as questões advindas da história de vida de cada um. Nesse processo, informações são trocadas, são construídos novos saberes e vínculos, e estratégias são criadas para o enfrentamento da obesidade e melhoria da qualidade de vida.

5. CONCLUSÃO

De maneira geral, este estudo corrobora com outras pesquisas, que sugerem uma maior atenção aos fatores psicossociais no campo da saúde. Em sua maioria, os resultados demonstraram a efetiva importância do suporte social, principalmente do suporte familiar, que se oferecido/percebido como adequado pelo indivíduo, pode se apresentar como um fator de proteção no processo saúde-doença, especialmente, no que diz respeito aos fatores emocionais. Já o suporte familiar inadequado, por sua vez, pode contribuir para o comprometimento da saúde.

Esta pesquisa demonstrou que há evidências de uma correlação entre depressão e sistema familiar. Entretanto, ainda não é compreensível como se estrutura essa ligação. Uma hipótese seria a relação com os pais para a aprendizagem das crenças disfuncionais, construto central na explicação da depressão para a teoria cognitiva. No modelo cognitivo, a tríade cognitiva da mãe (visão de si mesmo, dos outros e do futuro), por si só, funciona como sinalizador importante da vulnerabilidade dos filhos. Por isso, a importância de considerar as cognições dos pais, assim como seus sintomas afetivos e comportamentais, para um entendimento mais amplo da transmissão familiar como fator preponderante da vulnerabilidade cognitiva da criança (BAPTISTA; CARDOSO; GOMES, 2012).

De acordo com Walsh (2005) os sistemas de crenças estão na essência de todo funcionamento familiar e são forças que exercem grande influência na resiliência. Nas famílias em que há um bom funcionamento, as regras de relacionamento organizam a interação e servem para perpetuar a integração do sistema através da regulação do comportamento dos integrantes. As crenças básicas funcionam como alicerces da identidade familiar e para as estratégias de enfrentamento que se manifestam em regras como: “nunca desistimos quando as coisas ficam difíceis” ou “homens não choram”. É importante ressaltar que, sejam quais forem os caminhos que os filhos seguem quando saem do cerne familiar, a valorização da família e as conexões sociais continuam existindo ao longo do ciclo de vida.

Dessa forma, no caso da obesidade, pode-se pensar que a família exerce um papel efetivo no tratamento desse público, seja com sugestões, conselhos, incentivo, reforço de comportamentos e, até mesmo, nos exemplos de ações que possam estimular hábitos mais saudáveis. Sem contar com o apoio e a influência para minimizar o estresse e os sentimentos negativos que podem surgir ao lidarem com as abdições necessárias ao novo estilo de vida.

Apesar deste estudo não ter avaliado relações de causa e efeito e sim, associações entre variáveis, ele demonstrou a importância de se trabalhar com as relações familiares. Levando-se em consideração que a família pode estar envolvida na manutenção de transtornos do humor, de ansiedade e na regulação de crenças irracionais individuais (LEMOS, BAPTISTA; CARNEIRO, 2011) que podem trazer consequências perigosas para o indivíduo se não forem controladas, sugere-se o trabalho com famílias nas intervenções indicadas ao tratamento de obesidade.

Por se tratar de uma amostra reduzida, os dados apresentados neste trabalho ainda são iniciais. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de outros estudos que busquem avaliar a importância do suporte familiar para os riscos de desenvolver, assim como, de amenizar sintomas de depressão e de ansiedade em pacientes sob tratamento para obesidade, a fim de potencializar os processos de intervenções, atendendo as legítimas necessidades deste público.

ABSTRACT

Obesity is considered a major public health problems of modern society. Obese people who seek treatment commonly have psychiatric comorbidities, such as symptoms of depression, anxiety and changes in eating behavior. To make matters worse, in some cases, there is no social / family support in coping with the disease. Therefore, the aim of this study was to assess the correlation between perception of family support with depressive and anxiety symptoms in patients under treatment for obesity. We used the cognitive model as a theoretical framework to understand how to structure this relationship. The sample was composed exclusively of female patients (N = 39), users of the Unified Health System (SUS), with a mean age of 41.00 years (SD = 10.74). The participants answered the Beck Depression Inventory (BDI), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Inventory of Perceived Family Support (IPSF). The results indicated significant negative correlations between the IPSF with the BDI and BAI, indicating that the higher the perception of family support received, the lower the scores of depressive and anxiety symptoms. Correlations between the BDI and BAI were also found, indicating that the greater the degree of depression that patients had greater was the anxiety level, confirming the literature data. In general, studies indicate the importance of effective family support that is perceived as appropriate for the individual, may present as a protective factor in the health-disease process.

KEYWORDS: Obesity. Depression. Anxiety. Family Support.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos. Revista da ABESO, v. 11, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/194/metodos-de-avaliacao-de-obesidade-e-alguns-dados-epidemiologicos.html>> Acesso em: 29 jun. 2014
- ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidade e indignações. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002.
- BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *PsicoUTPonline*, Curitiba, n. 04, p. 1- 11, Jul. 2004.
- BAPTISTA, M. N. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componencial em duas Configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 27, n. 3, p. 496-509, set. 2007.
- _____. (2010). Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. Manual Técnico. São Paulo: Vetor, 2010.
- _____. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, Itatiba, v. 10, n. 1, p. 11-19, jan./jun. 2005
- BAPTISTA, M. N. CARDOSO, H. F.; GOMES, J. O. Intergeracionalidade familiar. In: *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção/ organizadores, Makilim Nunes Baptista, Maycoln L. M. Teodoro. – Porto Alegre: Artmed, 2012. p 16-26.*
- BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, A. A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*, São Paulo, v. 14, n.3, p. 53-59, 2004.
- BAPTISTA, M. N. SOUZA, M. S. ALVES, G. A. S. Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 211-220, jul./dez. 2008.
- BECK, A. T. CLARK, D. A. Terapia Cognitiva para os transtornos de ansiedade. Porto Alegre: Artmed, 2012. 640 p.
- BECK, J. S. Terapia cognitiva: Teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. 350 p.
- BUENO, M. F. Avaliação da ansiedade e percepção do suporte familiar em hipertensos. 2009. 75 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade São Francisco, Itatiba, 2009.
- CAMPOS, E. P. Suporte Social e família. In: MELO FILHO, J; BURD, M. (orgs). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 141-64.
- CARDOSO, C. L.; FÉRES-CARNEIRO, T. F. Sobre a família: com a palavra, a comunidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 511-526, 1º semestre de 2008.

CASTILLO, A. R. G. L. et al. Transtornos de Ansiedade. Revista Brasileira Psiquiatria [online], Porto Alegre, v. 22, p. 20 – 23, 2000.

COSTA, J. M. A. da; BIAGGIO, A. M. B. Aspectos emocionais da obesidade: ansiedade e raiva. Arq. Bras. Psicol., Rio de Janeiro, v. 50, n.3, p. 30-50, jul/set, 1998.

CORREIA, T. I. G.; AFONSO, I. L. Obesidade e sintomatologia depressiva em estudantes do ensino superior. In: 16º congresso português de obesidade, 2012, Portugal. Resumo em Revista portuguesa de cirurgia. SOCIEDADE PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE/ Combater a obesidade: criando pontes para o futuro.

COUTINHO, W. F. Consenso Latino Americano de Obesidade. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. v. 43, n. 1, p. 21-67, fev, 1999.

CUNHA, A. J. (2001). Manual da Versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DALGALARRONDO, P. A afetividade e suas alterações. In: _____. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto alegre: Artmed, 2008. p. 155-174

FELIPPE, F. M. L. Obesidade e mídia: o lado sutil da informação. Revista acadêmica do grupo comunicacional de São Bernardo. n.2, jul/dez, 2004.

FROMA, Walsh. Fortalecendo a resiliência familiar. In: _____. Sistema de Crenças: Coração e Alma da Resiliência. São Paulo: Roca, 2005.

JIMÉNEZ, M. T. L. et al. Funcionamiento familiar, creencias e inteligência emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. Salud Mental [online], México, v. 34, n. 2, p.111-120, 2011.

KNAPP, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: _____. (Org.) Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 19-41.

LEMONS, V. A.; BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M. Suporte Familiar, Crenças Irracionais e Sintomatologia Depressiva em Estudantes Universitários. Psicologia ciência e profissão, Brasília, v. 31, n.1, p. 20-29, 2011.

MATOS, M. I. R. et al. Compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.24, n.4, p. 165-169, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL BRASIL 2012. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2014.

MORAES, A. L; ALMEIDA, E. C; SOUZA. L. B. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa

Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 553-572, Abril/ Jun 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 1ª ed., Abril 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 06 dez 2013.

PARIS-RIBEIRO, J. L.; HONRADO, A.; LEAL, I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v.5, n.2, p. 229-239, nov. 2004.

POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev Bras Psiquiatr.* [online], v. 30 p. 7-80, 2008.

RIGGOTTO, D. M. Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito. 2007, 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade São Francisco, Itatiba, 2006.

RANGÉ, B.; SOUSA, C. R.; Terapia cognitiva. In: CORDIOLI, A. V. (orgs). *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 263-284.

SADOCK, B. J. SADOCK, V. A. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 572-618

SANTANA, P. R. Suporte Familiar, Estilos Parentais e Sintomatologia Depressiva: Um Estudo Correlacional. 2008. 174 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade São Francisco, Itatiba, 2008.

SAUERESSIG, M. R.; BERLEZE, K. J. Análise de influências em dietas de emagrecimento. *Revista PSICO*, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 231-238, abr./jun. 2010.

SIMIONATO, M. A. W. OLIVEIRA, R. G. Funções e transformações da família ao longo da história. In: I Encontro Paranaense de Psicopedagogia, Maringá, ABPppr, nov./2003. p. 57 – 66.

SOARES, A. S. B. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em indivíduos que procuram tratamento para a obesidade. 2009.173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009.

SOUZA, J. M. B. et al. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 59-67, jun. 2005.

SOUZA, M. S.; Baptista, M. N. Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicol. Argum.*, v. 26, n. 54, p. 207-215, jul./set.2008.

SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Rev. Psiq. Clín.*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 81-89, dez. 2002.

VASQUES, F.; MARTINS, F. AZEVEDO, A. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiq. Clín.*, São Paulo, v.31, n.4, p. 195-198, set. 2004.

VARGAS, V. Elementos para pensar a obesidade, a depressão e a ansiedade. 2012. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em nutrição clínica) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do sul, Ijuí, 2012.

ZAMIGNANI, D. R. BANACO, R. A. Um Panorama Analítico Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.