

BEM-ESTAR SUBJETIVO E AJUSTAMENTO EMOCIONAL EM MULHERES QUE ESTÃO EM PROCESSO DE EMAGRECIMENTO¹

SUBJECTIVE WELL-BEING AND EMOTIONAL ADJUSTMENT IN WOMEN WHO ARE IN THE PROCESS OF WEIGHT LOSS

Bibiana Marinho Teixeira² e Josiane Lieberknecht Wathier Abaid³

RESUMO

Neste estudo, verificaram-se as relações entre dados biosociodemográficos, bem-estar subjetivo (BES) e o ajustamento emocional de mulheres em tratamento para emagrecimento. Participaram 24 mulheres, sendo 14 de uma clínica multiprofissional privada e 10 de uma comunitária. Utilizou-se um questionário de dados sociodemográficos e corporais, e as Escalas de Bem-estar Subjetivo (EBES) e Fatorial de Neuroticismo (EFN). Com relação ao BES, os escores de satisfação de vida global foram significativamente mais elevados no primeiro grupo enquanto os de afeto negativo, mais altos no grupo com tratamento em local comunitário. Quanto à escala EFN, encontrou-se alto nível de neuroticismo, independentemente do local de tratamento, sobretudo em relação à vulnerabilidade. Assim, os fatores de personalidade parecem estar relacionados à saúde física das participantes nas características de sobrepeso e obesidade. Destaca-se a importância de se refletir sobre o processo de emagrecimento à luz de facetas do BES e a necessidade de mais estudos quanto aos fatores de neuroticismo neste contexto clínico.

Palavras-chave: perda de peso, satisfação de vida, neuroticismo.

ABSTRACT

This study examined relationships between the subjective well-being (SWB) and the emotional adjustment of women under treatment for weight loss. 24 women have participated, 14 of which from a multi-professional private clinic and 10 from a community clinic. It was used a socio-demographic questionnaire, and the Scales of Subjective Well-Being (SSWB) and Neuroticism Factorial (NF). With regard to the SWB, the scores of overall life satisfaction were significantly higher in the first group while the negative affect were higher for the group from the community clinic. In the NF scale, it was found out a high level of neuroticism, regardless of the local, especially in relation to vulnerability. Thus, personality factors seem to be related to their physical health regarding overweight and obesity. The article highlights the importance of reflecting on the weight loss process in the light of SWB and the need for further studies regarding factors of neuroticism in this clinical context.

Keywords: weight loss, life satisfaction, neuroticism.

¹ Trabalho Final de Graduação - TFG.

² Acadêmica do Curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano. E-mail: bibilafayette@yahoo.com.br

³ Orientadora - Centro Universitário Franciscano. E-mail: josianelieb@unifra.br

INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se o crescente aumento de peso da população mundial. O sobrepeso e a obesidade tornaram-se uma epidemia, pois vêm aumentando consideravelmente desde o final do século XX. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentam que em 2005, 1,6 bilhões de adultos encontravam-se com excesso de peso, destes, 400 milhões tinham obesidade. A OMS estima que em 2015 cerca de 2,3 bilhões de adultos apresentarão sobrepeso, e mais de 700 milhões terão obesidade.

De acordo com Halpern e Rodrigues (2008), a obesidade é definida como o excesso de tecido adiposo em comparação a massa magra, apropriada para idade, altura e sexo. O padrão internacional do Índice de Massa Corporal (IMC) calculado com o peso dividido pelo quadrado da altura em adultos apresenta classificações determinadas. IMC inferior a 18,5 refere-se a peso abaixo do normal; entre 18,5 e 24,9, peso considerado normal; entre 25 e 29,9, sobrepeso; de 30 a 34,9, obesidade grau I; de 35 a 39,9, obesidade grau II; acima de 40, obesidade grau III.

No Brasil 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres estavam com massa corporal indicativa de obesidade em 2001. O excesso de peso é um fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças, como hipertensão, diabetes e cardiopatias. Estas doenças são fatores preditivos que podem levar ao óbito. Estudos realizados no Brasil, indicam que os gastos com internações hospitalares desencadeados por doenças ocasionadas pelo excesso de peso, em pessoas entre 20 e 60 anos, somaram 2,74% dos custos totais de hospitalizações entre homens e 3,51% em mulheres. Além disso, os índices de mortes associadas ao sobrepeso e obesidade foram mais altos entre os homens do que entre as mulheres, segundo dados coletados pelo Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, em 2001 (SICHERI; SOUZA, 2008).

O sobrepeso e a obesidade têm sido compreendidos como o resultado da união de vários fatores, como, por exemplo, genéticos, que possibilitam a ação dos fatores ambientais. Os fatores ambientais, como sedentarismo e os maus hábitos alimentares; e ainda, os fatores psicológicos, psicossociais e culturais, podem coexistir favorecendo tanto sua gênese quanto sua manutenção. Desta forma, a obesidade deve ser considerada como uma doença multifatorial, responsável por mortes prematuras, além de gerar comorbidades em milhões de pessoas (COUTINHO; DUALIB, 2008).

Em relação aos fatores ambientais, Coutinho e Dualib (2008) informam que os fatores genéticos da obesidade permitirão que atuem, quando existentes, os genes de susceptibilidade relacionados ao meio. Os hábitos e estilos de vida ocidentalizados caracterizam-se por uma alimentação hipercalórica, prática, barata, agradável ao paladar, rica em lipídeos e carboidratos, simples e com porções cada vez maiores. Soma-se a isso o sedentarismo crescente, principalmente em grandes cidades e países desenvolvidos. Nesta sociedade industrializada, o sedentarismo aumenta devido aos recursos da modernidade, tais como maior disponibilidade aos eletrônicos (televisores, celulares), o aumento no uso dos automóveis e outros meios de transporte mecânicos;

gerando um maior conforto e dependência da população por esses itens. Desta forma, a mudança dos hábitos alimentares, o estilo de vida sedentário somado a falta de exercícios físicos, além de prejudiciais à saúde levam progressivamente ao aumento de peso (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001; FORTES, 2008; GUERRERO, 2008).

Sobre os Fatores Psicológicos, diversos autores apresentam que pessoas com obesidade, quando entediadas, deprimidas ou ansiosas comem mais do que as que não têm, sobretudo, se forem compulsivos. Nestes, os fatores emocionais são os desencadeadores do excesso alimentar (GUERREIRO, 2008; TOMAZ; ZANINI, 2009). O excesso de peso pode desenvolver ou ser resultado de muitas dificuldades psicológicas que devem ser consideradas, pois estas podem interferir no sucesso e na adesão ao tratamento da obesidade. Campos (1993) encontrou diversas características psicológicas em adultos com obesidade por hiperfagia, como passividade, dificuldade de adaptação social, entre outras.

Os estudos na área da saúde mental e obesidade, por muito tempo focalizaram os sintomas psicopatológicos em detrimento das forças das pessoas. No ano de 1998, Seligman (2009) publicou artigos defendendo a necessidade dos psicólogos mudarem de perspectiva, adotando uma abordagem que valorizasse as potencialidades do homem, como suas motivações e capacidades, ao invés de focar em suas patologias, surgindo um novo paradigma, a Psicologia Positiva. Esta rompe com a visão psicopatológica do ser humano e passa a considerar que o bem-estar e a saúde não existem apenas na ausência de doenças (YUNES, 2006).

Para Giacomoni (2002), o bem-estar subjetivo refere-se às avaliações que as pessoas fazem de suas vidas, do momento atual e do passado. Tal bem-estar divide-se em três categorias. A primeira diz respeito aos critérios externos como a saúde ou a doença. A segunda investiga como as pessoas avaliam suas vidas de maneira positiva, sendo denominada como satisfação de vida e a última categoria determina que o bem-estar subjetivo, caracteriza-se pela experimentação de maiores quantidades de afeto positivo em relação aos afetos negativos.

Albuquerque e Tróccoli (2004) explicam que o afeto negativo e positivo são considerados os fatores afetivos do bem-estar. O afeto positivo indica o quanto a pessoa sente-se entusiasmada, ativa e alerta, e é considerado como um estado de alta energia, concentração e satisfação. Quando o afeto positivo é baixo, a pessoa apresenta letargia e tristeza. Quando o afeto negativo é alto, a pessoa possui estados de humor aversivos como raiva, culpa, medo e angústia. Quando o afeto negativo é baixo, a pessoa sente um estado de calma e serenidade.

A satisfação de vida é o elemento cognitivo, é considerada como uma avaliação global que o sujeito faz de sua vida, através de seus próprios critérios, colocando na balança os aspectos bons e ruins de sua vida, tendo suas próprias conclusões (GIACOMONI, 2002).

Quanto a satisfação de vida em pessoas obesas, Almeida et al. (2001), em seus estudos verificaram que, nas pessoas com obesidade, a qualidade de vida é frequentemente mais comprometida por

causa dos prejuízos do funcionamento físico e psicossocial, além de ter baixos índices de satisfação com a vida em comparação com pessoas sem obesidade. Esse resultado é semelhante no estudo de Palmeira et al. (2010) em que a perda de peso foi influenciada por processos cognitivos e afetivos do construto bem-estar subjetivo independentemente do peso inicial.

Pesquisas verificaram que traços de personalidade podem interferir no nível de bem-estar e, conseqüentemente, no nível de satisfação de vida. Assim, alguns traços de personalidade seriam considerados, os preceptores da felicidade. Estudos relacionando o modelo de personalidade dos Cinco Grandes Fatores mostram que os traços de personalidade mais vinculados ao bem-estar subjetivo são a extroversão e o neuroticismo, apontando que a personalidade é um indicador da satisfação de vida (HUTZ; NUNES, 2001; SERAFINI, 2008).

Quanto ao ajustamento emocional, Hutz e Nunes (2001) explicam que o Neuroticismo refere-se à cronicidade de ajustamento e instabilidade emocional, representando as diferenças individuais quando as pessoas experienciam padrões emocionais associados ao desconforto psicológico (aflição, angústia e sofrimento), e os estilos comportamentais e cognitivos decorrentes. Estudos realizados por Matta, Bizarro e Reppold (2009), envolvendo a Escala Fatorial de Neuroticismo - com estudantes universitários, também constataram que altos níveis de neuroticismo estão associados a indivíduos propensos a vivenciar mais intensamente sofrimento emocional, podendo envolver ideias dissociadas da realidade, ansiedade excessiva, dificuldade de tolerar a frustração causada pela não saciação do desejo e respostas de *coping* mal adaptadas. Além disso, esses indivíduos tendem a fazer avaliações negativistas do ambiente, e a interpretar estímulos ambíguos de forma negativa ou ameaçadora; vendo ameaças, problemas e crises onde não existem. Níveis elevados ou muito baixos de neuroticismo podem indicar a existência de problemas, tais como depressão, ansiedade, vulnerabilidade, hostilidade, autoestima e impulsividade.

O estudo realizado por Tomaz e Zanini (2009), pesquisando a correlação entre personalidade e *coping* em pessoas diagnosticadas com transtorno alimentar e obesidade, encontrou níveis consideráveis de neuroticismo em relação ao ajustamento emocional destes pacientes e, ainda, estratégias de *coping* desadaptativas. Tal característica da personalidade pode ser um dos fatores que predispõe à obesidade e baixa adesão ao tratamento, de acordo com pesquisas com esta população.

A partir disso, este estudo teve como objetivo geral investigar, de forma quantitativa, as relações entre dados biosociodemográficos, bem-estar subjetivo e ajustamento emocional em dois grupos diferentes de mulheres em tratamento para perder peso. Especificamente, verificou-se o aspecto emocional quanto à satisfação de vida, afeto positivo e afeto negativo; analisou-se as correlações entre bem-estar subjetivo, ajustamento emocional e IMC; identificou-se se houveram diferenças por IMC, por grupos de atendimento (particular e comunitário), idade, escolaridade, tempo de tratamento e prática ou não de atividade física.

MATERIAL E MÉTODOS

PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 24 mulheres com idades que variaram entre 21 e 61 anos ($M=43,58$; $DP=12,0$). O estado civil não diferiu significativamente, havendo o predomínio de casadas. O número de filhos variou de zero a quatro ($M=1,38$; $DP=1,28$). A escolaridade variou de fundamental a superior completo, não diferindo estatisticamente por tipo de atendimento. O IMC inicial encontrava-se acima de 25 quando as integrantes buscaram tratamento para sobrepeso e obesidade em serviços especializados. Elas foram contatadas em duas instituições com atendimentos multiprofissionais: uma particular e uma comunitária, sendo 14 pessoas da primeira instituição e 10 da segunda. Todas as participantes apresentaram peso e IMC reduzidos na ocasião da pesquisa.

INSTRUMENTOS

O estudo utilizou-se de Ficha de Dados Sociodemográficos, contendo perguntas relacionadas ao estado civil, escolaridade, profissão, sexo, idade, IMC e dados da composição familiar.

A Escala de Bem-estar Subjetivo (EBES), desenvolvida por Albuquerque e Trócoli (2004), tem por finalidade a mensuração de Bem-estar Subjetivo. É um instrumento de autorrelato, composto por 62 itens representativos dos fatores de satisfação com a vida, afeto negativo e positivo. O Fator I refere-se ao afeto positivo composto por 21 itens, caracterizado por palavras descritoras de emoções positivas, tal como “contente”, “disposto”. O Fator II refere-se ao afeto negativo, composto por 26 itens com emoções negativas, tal como “transtornado”, “aborrecido”. O Fator III refere-se à satisfação com a vida versus insatisfação com a vida, composto por 15 itens com afirmações sobre a vida em geral, tal como “minha vida poderia estar melhor” ou “minhas condições de vida são muito boas”. Para cada um dos itens das subescalas de afeto e de satisfação, há uma escala do tipo Likert de cinco pontos, em que um é discordo plenamente e cinco é concordo plenamente. Embora as autoras admitam que exista um Fator Geral de Bem-estar Subjetivo considerando todos os 62 itens, não fizeram menção de como poderia ser calculado. Dessa forma, os fatores do Bem-estar Subjetivo foram avaliados separadamente no presente estudo

A Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo - EFN, desenvolvida por Hutz e Nunes (2001), é um instrumento que avalia a dimensão da personalidade humana denominada Neuroticismo/Estabilidade Emocional, segundo o modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade, através do levantamento de Traços de Personalidade. É composto por 82 itens agrupados em quatro subescalas (Escala de Vulnerabilidade, Escala de Desajustamento Psicossocial, Escala de Ansiedade e Escala de Depressão).

A subescala de Vulnerabilidade é composta por 23 itens, agrupando sintomas dos transtornos de personalidade dependente e de esquiiva. Essa escala avalia a intensidade do sofrimento da pessoa pela aceitação dos outros. Pessoas que apresentam escores altos nesse fator, caracterizam-se por apresentar medo de críticas, insegurança, dependência às pessoas mais próximas, baixa autoestima e dificuldades de tomar decisões. Baixos escores nesse fator revelam indivíduos que tendem a ser agressivos e hostis com as pessoas, podendo mentir e manipular as situações para se beneficiar, indicando uma distorção nos envolvimento sociais.

A subescala de Desajustamento Psicossocial contém 14 itens, reúne os sintomas do transtorno de personalidade antissocial e borderline. Altos escores desse fator revelam indivíduos que tendem a ser muito agressivos e hostis com os demais, podendo ser pouco sensíveis ao sofrimento alheio, apresentar pouca preocupação com regras sociais, mentindo e manipulando os fatos frequentemente para seu benefício. São pessoas excessivamente preocupadas com sua aparência física, envolvendo-se em comportamentos de risco, como jogos de azar, promiscuidade sexual e elevado consumo de bebidas.

A subescala de Ansiedade agrupa 25 itens que descrevem sintomas dos transtornos de ansiedade, como pânico e fobias. Altos escores nesta escala indicam instabilidade emocional, variação de humor e de disposição. Estas pessoas temem perder o controle das situações, fuga de ideias em função de um ritmo de pensamento acelerado e desconexo, além dos sintomas somáticos dos transtornos de ansiedade, como sensação de vertigem, tontura, desmaio, irritabilidade, impulsividade. Os sintomas de pânico e fobias são descritos nesta escala, principalmente quando há altos escores, gerando dificuldades de concentração e menor produtividade. Escores baixos podem indicar falta de motivação ou de habilidades de adaptação, pois há tendência de exposição a situações novas que podem oferecer risco físico ou psicológico.

A subescala de Depressão agrupa 20 itens relacionados com sintomas de depressão, ideação suicida e desesperança, apresentando itens que descrevem pessimismo, sentimentos de solidão e de falta de objetivos na vida. Escores altos nessa escala indicam baixas expectativas em relação ao futuro, percepções de que a vida é monótona ou sem emoção, podendo ou não levar à ideação suicida. Já escores muito baixos permitem inferir nível baixo de autocrítica, bem como passividade em relação aos eventos que ocorrem em suas vidas (HUTZ; NUNES, 2001).

PROCEDIMENTOS

As instituições foram convidadas a participar da pesquisa disponibilizando o contato de seus pacientes, assinando o Termo de Consentimento da Instituição. Após a aprovação do Comitê de Ética (161.2010.2), os pacientes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, em horários que não prejudicassem seus compromissos. A coleta de dados foi realizada individualmente, com tempo médio de uma hora, nas dependências das respectivas instituições, onde foram explicados os

objetivos da pesquisa, o sigilo sobre a participação, a confidencialidade dos dados. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das escalas foram passados para uma tabela do Excel. A partir do Programa SPSS foram calculadas possíveis associações entre as variáveis, considerando-se o nível de significância de $p < 0,05$. Em relação ao IMC, foi calculado levando em consideração o que os participantes relataram ter de altura e peso no início do tratamento e na ocasião da coleta de dados deste estudo. As participantes não se diferenciaram significativamente pelas variáveis sociodemográficas ou classificação do IMC, mas comparando o IMC inicial e o atual, houve diminuição significativa conforme o teste não paramétrico de Wilcoxon ($z=4,20$; $p < 0,01$).

Para verificar diferença entre os grupos (serviço privado e comunitário) foram utilizados testes não paramétricos. Quanto aos fatores do Bem-estar subjetivo foram encontradas as medianas expostas na tabela 1.

Tabela 1- Diferença entre os grupos da clínica comunitária e privada quanto às medianas das escalas de BES (N=24).

Subescala	Grupo		U*	p
	Part	Públ.		
Afeto Positivo	14,75	9,35	38,50	ns
Afeto Negativo	9,39	16,85	26,50	< 0,01
Satisfação	16,57	6,80	13,00	<0,01

*Teste de Mann-Whitney; ns: não significativo

Os escores indicam, em geral, pior BES nas participantes que frequentam o serviço comunitário. De acordo com Albuquerque e Tróccoli (2004), expressar aspectos positivos, não implica exatamente na ausência de fatores negativos, mas sim na predominância dos afetos positivos sobre os afetos negativos. Além disso, o BES inclui necessariamente uma avaliação global dos diversos aspectos da vida de uma pessoa, ou seja, não depende somente de ter emagrecido ou não. Albuquerque e Tróccoli (2004), citam pesquisas que relacionaram níveis mais elevados de BES em países mais ricos, em que pessoas têm maior liberdade e capacidade de se autorrealizar, amostra com nações pobres indicaram escores médios e até mesmo abaixo do ponto neutro para BES, indicando que esta escala também é construída culturalmente. A percepção das experiências de cada um é formada socialmente através de crenças, pressuposições e expectativas do mundo.

As participantes também foram divididas em dois grupos conforme a classificação do IMC. Um deles foi formado pelas participantes com peso normal, sobrepeso ou obesidade grau I. O outro grupo ficou com participantes com obesidade grau II e III. Percebeu-se que as pessoas que iniciaram o tratamento

com uma classificação de IMC mais baixa (grupo I), encontravam-se com mediana de afeto positivo significativamente mais alto do que os integrantes do grupo II. Isto sugere que quanto mais próximo a pessoa está do seu peso ideal maior é sua percepção de bem-estar. Esse dado pode vir ao encontro do estudo longitudinal realizado por Baghaei et al. (2002, apud SLOF; MAZZEO; BULIK, 2003), com mulheres que permaneceram magras durante a vida, este estudo tinha como objetivo encontrar uma associação entre magreza e bem-estar, e concluiu que as mulheres relataram ter maior satisfação com a vida, tanto em relação com a própria saúde, quanto com o trabalho, a autoestima e percepção da imagem corporal.

Em relação à Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo - EFN, embora as medianas em relação às subescalas tenham apresentado piores resultados na instituição que oferece atendimento à comunidade esses dados não foram significativos.

Na EFN, os escores gerais entre 80 a 120 pontos são esperados para a maior parte da população. Valores mais altos ou mais baixos podem indicar um Transtorno de Personalidade, exigindo uma investigação mais aprofundada por profissionais de saúde mental. A partir do escore bruto de cada subescala, pode ser calculado um escore percentílico para cada fator. De acordo com Ayache e da Costa (2009), é recomendado estabelecer percentis, um valor maior que 70 pontos, ou menor que 30 encontrado em algum desses escores percentílicos pode indicar um distúrbio psicológico e/ou psiquiátrico mais específico. A distribuição dos escores por percentis encontra-se reunida na tabela 2.

Tabela 2 - Número de participantes e a pontuação dos escores percentílicos das subescalas da EFN (%).

Fatores da EFN	Escore percentílicos da EFN			Total (%)
	Inferior a 30 n° (%)	Entre 30 a 70 n° (%)	Superior a 70 n° (%)	
Vulnerabilidade	14 (58,2)	7 (29,2)	3(12,5)	24 (100)
Desajustamento	13 (54,2)	10 (41,7)	1(4,2)	24 (100)
Ansiedade	12 (50)	4 (16,7)	8 (33,3)	24 (100)
Depressão	7 (29,2)	9(37,5)	8 (33,3)	24 (100)

A tabela 2 permite depreender que, de maneira geral, ocorreram níveis elevados (acima do percentil 70) ou muito baixos (menos do que o percentil 30) de neuroticismo o que pode indicar a existência de problemas, tais como depressão, ansiedade, vulnerabilidade, hostilidade, baixa autoestima e impulsividade. No fator vulnerabilidade que indica a intensidade do sofrimento da pessoa pela aceitação dos outros, por exemplo, chama atenção que 70,7% das participantes estariam com escores indicativos de transtornos de personalidade. Entre os que tiveram escores muito baixos (compatíveis com Transtorno de Personalidade de Esquiva), pode-se pensar num perfil que tende a ser agressivo e hostil com os outros.

No fator desajustamento psicossocial, mais da metade das participantes tiveram escores muito baixos ou normais. Ainda não se tem clareza do significado de escores baixos para este fator, conforme destacaram Hutz e Nunes (2001) e Ayache e Costa (2009). Apenas uma participante obteve escore compatível com sintomas de Transtorno *Borderline*.

Escores altos na subescala ansiedade indicam instabilidade emocional, variação de humor e de disposição, conforme Hutz e Nunes (2001), o que correspondeu a mais de 30% da amostra. Metade das participantes apresentaram escores baixos, indicativos de falta de motivação ou de habilidades de adaptação, pois há tendência de exposição a situações que podem oferecer risco físico ou psicológico (HUTZ; NUNES, 2001).

Quanto à subescala depressão, mais de 30% das participantes parece ter baixas expectativas em relação ao futuro, e percepções de que a vida é monótona ou sem emoção, podendo ou não levar à ideação suicida. Já escores muito baixos, que apareceram em sete participantes permitem inferir nível baixo de auto-crítica, bem como passividade em relação aos eventos que ocorrem em suas vidas (HUTZ; NUNES, 2001).

Como não existem normas brasileiras para a EFN, deve-se ter cuidado na classificação diagnóstica, sobretudo neste estudo que não realizou uma avaliação clínica das participantes. Cabe afirmar, contudo, que as médias em cada subescala diferiram largamente de outros estudos com amostras não clínicas de universitárias (MATTA; BIZARRO; REPPOLD, 2009; TRENTINI et al., 2009), tendo apresentado médias inferiores, com exceção da subescala depressão. Tal discrepância merece ser mais bem investigada em outros estudos com amostra clínica em pessoas que estão em emagrecimento. Em suma, pode-se destacar, como constatado por Thomas e Castro (2012), que os fatores de personalidade exercem impactos na saúde física das pessoas e possivelmente há traços de personalidade que influenciaram as participantes nas características de sobrepeso e obesidade.

Foram realizadas correlações de Pearson entre as variáveis, e percebeu-se que o afeto positivo correlacionou-se diretamente com a escolaridade ($r=0,41$; $p<0,05$) e inversamente com o Índice de Massa Corporal atual ($r=-0,60$; $p<0,01$). Desta forma, quanto mais alto é o nível de escolaridade maior é o afeto positivo da pessoa. Além disso, pode-se observar que a diminuição do IMC relaciona-se com o afeto positivo, ou seja, as pessoas com IMC mais baixo tinham maiores escores de afeto positivo.

Em relação ao afeto negativo, correlacionou-se inversamente com o afeto positivo ($r=-0,44$; $p<0,05$), o que é esperado na literatura (GIACOMONI, 2002). Quanto mais alto o nível de afeto negativo, menor foi a percepção da satisfação de vida e vice-versa. O afeto positivo correlacionou-se significativamente com a satisfação de vida ($r=0,67$, $p<0,01$). Além disso, quanto maior a escolaridade maior foi a satisfação de vida, que não se correlacionou significativamente com o IMC nesta amostra.

Albuquerque e Tróccoli (2004) explicam que o afeto positivo é um sentimento passageiro de prazer, é mais uma descrição de um estado emocional do que um julgamento cognitivo. A relação do afeto positivo com o IMC pode-se dar no sentido de que com o emagrecimento as pessoas melhoraram seu entusiasmo momentaneamente, porém não se sabe por quanto tempo persistirá tal efeito sobre suas vidas. Em relação ao afeto negativo, também é um sentimento transitório, que inclui emoções desagradáveis como ansiedade, depressão, agitação, pessimismo e outros sintomas angustiantes (ALBUQUERQUE; TRÓCOLLI, 2004). Dessa forma, quanto mais alto é o nível de percepção desses sentimentos menor será a satisfação de vida.

Albuquerque e Tróccoli (2004) comentam que a satisfação de vida é um julgamento cognitivo de um domínio específico, uma avaliação geral da vida da pessoa, dependendo da comparação que o sujeito faz entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão estabelecido por ele. Assim, a escolaridade é uma variável que favorece o aumento da satisfação de vida de forma que possibilita melhor estabilidade de vida, ou seja, maiores oportunidades de ordem profissional, refletindo na vida como um todo.

Não houve correlação entre as escalas EFN e EBES, o que contraria achados como o de Nunes et al. (2009) que verificaram relação entre as escalas de ajustamento emocional e bem-estar subjetivo entre estudantes universitários. Nunes et al. (2009) também encontraram correlações moderadas e significativas do escore geral da EFN com satisfação de vida e afeto negativo. Mas, no presente estudo, não se confirmou uma associação entre Neuroticismo e afeto negativo ou satisfação de vida. Cabe lembrar, que a amostra do estudo de Nunes et al. (2009) foi composta por estudantes universitários, e não necessariamente com sobrepeso ou obesidade. Tomaz e Zanini (2009), em um estudo que comparou a média entre a escala de personalidade e a população (geral x clínica, com transtornos alimentares e obesidade), não encontrou diferença significativa no perfil psicológico dos participantes da pesquisa, em relação aos fatores neuroticismo e extroversão. Dessa forma, é importante considerar amostras clínicas para que possa ser feita tal comparação entre EFN, BES e obesidade em diferentes estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de emagrecimento envolve o enfrentamento de diversas dificuldades que, se superadas, podem revelar estados de maior satisfação de vida e de afeto positivo. O traço de personalidade das pessoas pode tornar esse tratamento mais ou menos doloroso. Esse estudo possibilitou verificar as relações entre aspectos biosociodemográficos, o bem-estar subjetivo e o ajustamento emocional em dois grupos diferentes de mulheres em tratamento para perder peso.

Quanto às diferenças entre os grupos da clínica comunitária e privada percebeu-se que o afeto positivo e a satisfação com a vida foram mais elevados no público privado, e o afeto negativo foi maior no serviço comunitário. Este fato pode estar relacionado com o que Albuquerque e Tróccoli (2004) informam em relação ao nível socioeconômico, que quanto maior o poder aquisitivo maior é a percepção de bem-estar.

Em relação ao BES e demais variáveis, conclui-se que, com essas participantes, o componente afetivo do bem-estar subjetivo esteve correlacionado significativamente com a escolaridade e com um menor IMC, ou seja, quanto maior é o tempo de estudo e quanto menor é o IMC maior é a percepção de afeto positivo. O aumento do afeto positivo, que caracteriza a alegria e o entusiasmo parece estar relacionado com a perda de peso conquistada ao longo do tratamento em que estavam realizando.

Pode-se pensar que se deve ao pequeno número de participantes a não significância da correlação entre o IMC e a satisfação de vida, mas isso deve ser melhor investigado em outras amostras. Dividindo

as participantes por grupos de IMC, as que iniciaram o tratamento com IMC reduzido, apresentaram melhores escores de afeto positivo comparadas ao grupo de IMC maior, este fato está de acordo com o que a literatura informa em relação a melhor percepção de bem-estar em mulheres magras.

Por outro lado, em relação ao instrumento EFN, não correlacionou-se significativamente com a escala EBES e as demais variáveis, apesar de estudos identificarem a influência da personalidade na avaliação do bem-estar subjetivo (MATTA; BIZARRO; REPPOLD, 2009). Destaca-se, contudo, que os escores de neuroticismo nessas pessoas em tratamento foram bastante significativos e indicam que traços de personalidade devem ser levados em consideração pelos profissionais que prestam serviços relacionados à perda de peso. Esse importante achado aponta para a necessidade de que as intervenções psicológicas orientadas para o atendimento dessa população direcionem suas metas às questões individuais e, também, para os aspectos positivos, bem como o desenvolvimento de habilidades para enfrentar as adversidades envolvidas no processo de emagrecimento (TOMAZ; ZANINI, 2009).

Assim, quanto as limitações do estudo destacam-se o tamanho da amostra, indicando a necessidade de maior número de participantes para fins de generalização dos resultados para a população de pacientes em processo de emagrecimento. Outra limitação foi não se ter pré-teste neste estudo, ou seja, não saber como eram os níveis de BES e EFN anteriores à procura para o tratamento de redução de peso. Por ser um estudo transversal, seria interessante ainda, um estudo longitudinal com esses instrumentos e população. Desta forma, sugere-se que estudos futuros contemplem essas questões.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma Escala de Bem-estar Subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 153-164, 2004.
- ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S.R.; SANTOS, J. E. Obesidade mórbida em mulheres - estilos alimentares e qualidade de vida. **Archivos latinoamericanos de nutrición**, v. 51, n. 4, p. 359-365, 2001.
- AYACHE, D. C. G.; COSTA, I. P. da. Traços de personalidade e suas alterações em mulheres com lúpus. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 49, n. 6, p. 643-57, 2009.
- CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. **Pediatria Moderna**, v. 29, s/n, 129-133, 1993.
- COUTINHO, W.; DUALIB, P. “Etiologia da obesidade”. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008, cap. 22, p. 268-269.
- FORTES, M. “Atividade física no tratamento da obesidade”. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, cap. 26, p. 301.

GIACOMONI, C. H. **Bem-estar subjetivo infantil, conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação**. Porto Alegre: UFRGS, 2002, 248 f. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

GUERRERO, M. N. V. “Avaliação e Tratamento da Obesidade”. In: CABALLO, V. E. (Org.) **Tratamento Cognitivo Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Atualidade**. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2008, cap. 8, p. 212-213.

HALPERN, Z.; RODRIGUES, M. B. “Obesidade Infantil”. In: NUNES et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, cap. 24, p. 283.

HUTZ, C.; NUNES, C. H. S. S. **Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo-EFN**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MATTA, A.; BIZARRO, L.; REPPOLD, C. T. Crenças Irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. **Psico-UFS Revista Semestral da área de Psicologia da Universidade São Francisco**, Itatiba: São Paulo, v. 14, n. 1, p. 71-81, 2009.

NUNES, C. H. S.; HUTZ C. S.; GIACOMONI, C. H. Associação entre bem-estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 1, p. 99-108, 2009.

PALMEIRA, A. L. et al. Along with weight changes, cognitive and affect-related processes influenced during obesity treatment may be related long-term success, in some cases independently of initial weight loss. **Body Image**, v. 7, p. 187-193, 2010.

SELIGMAN, M. E. P. **Felicidade autêntica**: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

SERAFINI, A. J. **Satisfação de vida, rede de relações, coping e neuroticismo em adolescentes portadores e não portadores do vírus da imunodeficiência humana-HIV**, Porto Alegre: UFRGS, 2008, 124 f. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

SICHERI, R.; SOUZA, R. A. G. Epidemiologia da Obesidade. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, cap. 21, p. 251.

SLOF, R.; MAZZEO, S.; BULIK, C. M. Characteristics of women with persistent thinnes. **Obesity Research**. Department of Psychattry, University of North Carolina. v. 11, n. 8, p. 971-7, 2003.

THOMAS, C. V.; CASTRO, E. K. de. Personalidade, Comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: Uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 100-109, 2012.

TOMAZ, R.; ZANINI, D. S. Personalidade e *Coping* em Pacientes com Transtornos Alimentares e Obesidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 3, p. 447-454, 2009.

TRENTINI, C. M. et al. Correlações entre a EFN - escala fatorial de neuroticismo e o IFP - Inventário Fatorial de Personalidade. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 2, p. 209-217, 2009.

YUNES, M. A. M. Psicologia Positiva e Resiliência foco no indivíduo e na família. In: DELL'AGLIO, D. D. et al. **Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do risco à proteção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

