

2º CICLO DE ESTUDOS  
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

# A Aceitação do Corpo na Doença: Estudo da Imagem Corporal Positiva na Obesidade

Telma Luísa Azevedo Santos de Castro

**M**

2019



**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**A ACEITAÇÃO DO CORPO NA DOENÇA: ESTUDO DA IMAGEM CORPORAL  
POSITIVA NA OBESIDADE**

**Telma Luísa Azevedo Santos de Castro**

novembro, 2019

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade  
do Porto, orientada pela Professora Doutora *Filipa Mucha Vieira*  
(FPCEUP).

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## **Estudo em colaboração**

O presente estudo é parte integrante do projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”.

Como colaboradora neste projeto de investigação, durante os anos letivos 2017/2018 e 2018/2019 participei na recolha de dados em contexto hospitalar, inserção dos questionários na base de dados e análise dos dados. O trabalho aqui apresentado baseia-se apenas numa parte dos dados recolhidos e constitui uma análise quantitativa das variáveis associadas à imagem corporal positiva em pessoas com obesidade.

## Agradecimentos

É impossível iniciar este texto sem que o coração aperte e a pele arrepie através de um misto de felicidade e nostalgia. Este trabalho é o culminar de cinco anos repletos de felicidade, magia, amizade, resiliência e altruísmo. Nesta jornada mergulhei por muitos universos, criei histórias, desafiei-me, procurei superar-me e saber mais, aprendi, soube ouvir e, acima de tudo, deixei o meu coração em tudo o que fiz. Mas tudo isto, e o desenvolvimento pessoal e profissional que isso potenciou, só foi possível graças aos corações que se cruzaram com o meu, atribuindo aos meus dias mais significado e brilho.

Agradeço à *Professora Doutora Filipa Vieira*, por tudo. Poder caminhar ao seu lado nestes dois anos foi uma honra e privilégio, provando, sempre, ser uma fonte de conhecimento, incentivo, disponibilidade, reflexão, insight, apoio e orientação. Obrigada pelo seu sorriso acolhedor, em todos os momentos, e por acreditar em mim.

Agradeço à *Doutora Clara Estima* por ser o elo de ligação responsável pela recolha de dados deste projeto. Obrigada por me ter congratulado com a sua simpatia e preocupação nos tempos de espera entre recolhas.

Este trabalho deve-se, sobretudo, aos *participantes* que colaboraram nesta investigação, por isso, o meu mais sincero obrigada. Obrigada pela disponibilidade e por partilharem comigo as suas histórias, permitindo-me um contacto mais real e apaixonado por esta condição clínica.

O agradecimento mais emotivo e especial destas minhas singelas linhas é dedicado à minha família. Um imensurável obrigada aos meus *pais*, por viverem intensamente comigo estes cinco anos. Obrigada por estarem à distância de uma chamada, por todas as viagens matinais, por todas as corridas contra o tempo, por me terem permitido viver tudo, por serem os impulsionadores do meu crescimento pessoal, por me desafiarem a ser mais, maior e melhor, por toda a preocupação, por serem o meu porto seguro, por me ensinarem a priorizar o coração à razão e, acima de tudo, por serem sinónimo de abraço apertado. Agradeço, também, aos meus *avós*, por serem a minha eterna luz de felicidade. Obrigada por darem significado às palavras amor, altruísmo e exemplo. Sou grata, também, ao meu primo José Cruz por me ter incentivado a descobrir os encantos da psicologia.

Muita da felicidade destes cinco anos deve-se, também, aos amigos que colecionei e que sei que são *Ad Eternum*, sendo, assim, mais que merecedores da minha gratidão. O meu sincero e terno obrigada à *Adriana*, pelos oito anos de amizade que se intensificaram de

significados na nossa passagem pela faculdade. Obrigada por partilhares comigo esta aventura que é a vida sempre com uma boa dose de humor, criatividade, simplicidade e presença. Obrigada à *Elly* por desde o primeiro dia me ter mostrado que era para sempre, sendo sinónimo de casa e caminhando, constantemente, lado a lado comigo. Obrigada à *Francisca* por trazer verdade, transparência, solidariedade e razão aos meus dias, acabando por me completar e salientar a verdade de que será das melhores para sempre. Obrigada à *Sharpay* por partilhar comigo a sua vulnerabilidade e sabedoria, fazendo jus ao significado da palavra amiga, e mostrando-me que vale a pena lutar por um mundo melhor. Obrigada à *Swag* por ser uma constante, sendo a minha amiga mais autêntica e que transborda cultura. Grata por dares significado à expressão “são um só e é tão bom ser feliz”. Obrigada ao *Bordas* por ser o meu fiel companheiro de aventuras estando em todas as horas pronto a congratular-me com o seu humor, dedicação e proteção. Obrigada à *Lisa* por ser sinónimo de bondade, generosidade e amizade, tornando-se insubstituível no meu coração. Obrigada à *Anita* por ter um coração gigante e me deixar fazer parte dele, sendo, sem dúvida, das amigas por quem nutro mais carinho. Obrigada à *Control* e à *Demie* por termos construído algo tão bonito e irreplicável desde o início, sendo o meu abrigo na adversidade e o abraço apertado quando mais preciso. Obrigada à *Essi* por me mostrar como é lutar pelas suas convicções com a maior das vivacidades. Obrigada à *Teréré* pelos momentos de ajuda, amizade e companheirismo desde o primeiro dia. Obrigada ao *T0* por me deixar fazer parte do seu peculiar universo, onde está sempre pronto a ajudar. E obrigada à *Iara, Rui e Raquel* por trazerem reflexão, ponderação e amizade aos meus dias.

Estes foram os amigos que a faculdade me deu, mas esta congratulou-me também com uma família pela qual sou muito grata. Dessa forma, agradeço aos *meus padrinhos Joana e Ricardo* por me terem acolhido e mostrado que tomei a opção certa ao escolhê-los, sendo a minha referência de resiliência e magia. Obrigada aos meus afilhados, *Marca-Passo, Hugsss, Royal, Drama, Cuco, Five, Migá, Rosá e Sweet*, por me permitirem experienciar a maior das alegrias ao tê-los ao meu lado. Sou eternamente grata à vossa emoção, proteção e autenticidade. Obrigada também ao *David* e à *Karlota* por todos os momentos de energia e ternura.

Por fim, quero agradecer a todos com quem me cruzei e fizeram destes cinco anos uma época que irei recordar com o maior do carinho, pois valeu tudo a pena. Agora é a hora de voar e continuar a sonhar, pois “sempre que um homem sonha/o mundo pula e avança/como bola colorida/entre as mãos de uma criança” (Gedeão, 1956).

## Resumo

As investigações sobre a imagem corporal foram expandidas até à obtenção de um novo e multifacetado construto, o da imagem corporal positiva (IC Positiva). Este pode ser definido como um amor valorativo e respeitoso pelo corpo que possibilita aos indivíduos apreciar a sua beleza e as funções que ele desempenha, sentindo-se, assim, felizes e gratos com o seu corpo. A obesidade é encarada como sendo uma doença crónica e de origem multifatorial da qual fazem parte fatores genéticos, hormonais, neuronais, metabólicos, ambientais, comportamentais, psicológicos e económicos. Atualmente, é vista como um problema de saúde pública. Sendo esta uma doença cujas variáveis psicológicas exercem uma forte influência quer na sua génese como no seu desenvolvimento, o estudo da IC Positiva, nomeadamente nas pessoas que manifestam a doença em graus mais graves, poderá contribuir para a compreensão do papel que esta variável pode ter no curso e no tratamento da doença.

Este estudo visou explorar as diferenças entre indivíduos com obesidade e sujeitos normoponderais, ao nível das diferentes facetas da IC Positiva (apreciação, aceitação, funcionalidade e crenças na aparência), das dificuldades de regulação emocional (RE) e do estado emocional (afetividade positiva e negativa e sintomatologia ansiosa e depressiva). Adicionalmente, explorou-se a associação entre a IC Positiva e as variáveis do domínio emocional em ambos os grupos. Nestas análises utilizou-se uma amostra de 40 indivíduos com obesidade e 45 com peso normal.

Os resultados demonstraram que o grupo de sujeitos com obesidade obteve valores inferiores de IC Positiva (apreciação, aceitação e funcionalidade corporal) quando comparado com o grupo não clínico. Relativamente, às dificuldades de RE e estado emocional não se constatarem diferenças significativas entre os grupos. Verificou-se, também, que a apreciação corporal e aceitação do corpo pelos outros se associam negativamente e significativamente com as dificuldades de RE. Por sua vez, o investimento na aparência relacionou-se positivamente com a mesma variável. Estas informações permitem-nos atribuir uma forte e clara relação entre este domínio e a IC Positiva na população com obesidade, possibilitando ganhos terapêuticos no seu tratamento e prevenção.

*Palavras-chave:* Imagem Corporal Positiva; Obesidade; Regulação Emocional; Estado Emocional; Ansiedade; Depressão; Afetividade.

## Abstract

Research regarding body image was expanded until reaching a new and versatile construct, named Positive Body Image. This concept can be defined as a valued and respectable love for the body that allows individuals to appreciate their own beauty and its functions, in a way they feel happy and grateful for the body they have. Obesity is faced as a chronic disease, result of multiple causes that include genetic, hormonal, neuronal, metabolic, environmental, behavioural, psychological and economical factors. Nowadays, obesity is considered a public health issue. Since the psychological variables have a great influence on the genesis and development of the disease, studying the Positive Body Image, especially in people with the most severe levels of the disease, may contribute to the understanding of Positive Body Image's role in the development and treatment.

This study aims to explore the differences between people with obesity and normal weight, in terms of the different facets of Positive Body Image (appreciation, acceptance, functionality and appearance beliefs) and the difficulties of emotional regulation (ER) and emotional state (positive and negative affectivity and anxious and depressed symptomatology). Additionally, the association between Positive Body Image and variables from the emotional domain were explored in both groups. In the present analysis, the sample was composed by 40 individuals with obesity and 45 with normal weight.

The results show that people with obesity scored lower in Positive Body Image (appreciation, acceptance and body functionality) when compared with the non-clinical group. Regarding the difficulties of ER and emotional state, there were no significant differences between the two groups. Besides that, body appreciation and acceptance by others are significantly and negatively associated with difficulties of ER. Nevertheless, the investment in appearance, was positively related to the same variable. This data allows us to state clearly and confidently that there is a relationship between this domain and Positive Body Image in the obese population, enabling therapeutic profits in treatment and prevention.

*Keywords:* Positive Body Image; Obesity; Emotional Regulation; Emotional State; Anxiety; Depression; Affectivity



## Resumé

Les recherches sur l'image corporelle ont été étendues à un nouveau concept à multiples facettes, celle de l'image corporelle positive (IC positive). Cela peut être défini comme un amour valorisant et respectueux pour le corps qui permet aux individus d'apprécier sa beauté et les fonctions qu'il remplit, se sentant ainsi heureux et reconnaissant envers son corps. L'obésité est considérée comme une maladie chronique et d'origine multifactorielle comprenant des facteurs génétiques, hormonaux, neuronaux, métaboliques, environnementaux, comportementaux, psychologiques et économiques. Cette maladie est actuellement considérée comme un problème de santé publique. Comme il s'agit d'une maladie dont les variables psychologiques ont une forte influence à la fois sur sa genèse et sur son développement, l'étude de l'IC positive, en particulier chez les personnes qui manifestent la maladie à des degrés plus graves, peut contribuer à la compréhension de l'influence de cette variable au cours et durant le traitement de la maladie.

Cette étude vise à explorer les différences entre les individus obèses et les sujets normopondéraux, concernant les différentes facettes de l'IC positive (appréciation, acceptation, fonctionnalité et croyances sur l'apparence), les difficultés de la régulation émotionnelle (RE) et l'état émotionnel (affectivité positive et négative et symptomatologie anxieuse et dépressive). Par ailleurs, l'association entre l'IC positive et les variables du domaine émotionnel dans les deux groupes ont été aussi explorées. Dans cette analyse il y a été utilisé un échantillon de 40 personnes obèses et 45 personnes en bonne santé.

Les résultats ont montré que le groupe de sujets obèses présentait des valeurs inférieures d'IC positif (appréciation, acceptation et fonctionnalité corporelle) en comparaison avec le groupe non-clinique. Relativement aux difficultés de la RE et de l'état émotionnel, aucune différence significative n'a été constatée entre les groupes. Il a également été constaté que l'appréciation du corps et l'acceptation du corps par les autres sont négativement et significativement associées aux difficultés de la RE. À son tour, l'investissement dans l'apparence était positivement lié à la même variable. Cette information nous permet d'attribuer une relation forte et claire entre ce domaine et l'IC positive dans la population obèse, permettant des gains thérapeutiques dans son traitement et dans sa prévention.

*Mots-clés* : Image corporelle positive ; Obésité ; Régulation émotionnelle ; État émotionnel ; Anxiété ; Dépression ; Affectivité

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>1. Imagem corporal positiva</b> .....	1
<b>2. Imagem corporal positiva e a obesidade</b> .....	4
<b>Estudo Empírico</b> .....	9
<b>1. Método</b> .....	9
<b>1.1 Desenho do estudo.</b> .....	9
<b>1.2 Participantes.</b> .....	9
<b>1.3 Instrumentos.</b> .....	10
<b>1.4 Procedimentos de Recolha de Dados.</b> .....	14
<b>1.5 Análise dos Dados.</b> .....	15
<b>2. Resultados</b> .....	16
<b>2.1 Análise Comparativa da IC Positiva, Estado Emocional e Dificuldades na     Regulação de Emoções entre os Grupos clínico e não clínico.</b> .....	16
<b>2.2 Associação entre a IC Positiva e o Domínio Emocional.</b> .....	18
<b>2.3 Análises adicionais no grupo clínico.</b> .....	21
<b>2.3.1 Associação IC Positiva, Idade, IMC e Duração da doença.</b> .....	21
<b>2.3.2 Análise Comparativa da IC Positiva, Sexo e Estado Civil.</b> .....	21
<b>Discussão</b> .....	24
<b>Conclusão</b> .....	31
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	34

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b> .....	17
<b>Tabela 2</b> .....	17
<b>Tabela 3</b> .....	20
<b>Tabela 4</b> .....	21
<b>Tabela 5</b> .....	22
<b>Tabela 6</b> .....	23

## Lista de Acrónimos e Abreviaturas

<b>ASI-R</b>	Inventário de Esquemas de Aparência
<b>BAS-2</b>	Escala de Apreciação Corporal
<b>BAOS</b>	Escala da Aceitação Corporal pelos Outros
<b>DERS</b>	Escala de Dificuldades de Regulação Emocional
<b>DP</b>	Desvio-Padrão
<b>e.g.</b>	Por exemplo (do latim <i>exempli gartia</i> )
<b>et al.</b>	E outros (do latim <i>et alii</i> )
<b>faz</b>	Escala de Apreciação de Funcionalidade
<b>GI</b>	Graus de liberdade
<b>HADS</b>	Escala de Ansiedade e Depressão Hospital
<b>IC</b>	Imagem Corporal
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>M</b>	Média
<b>N</b>	Número de elementos da amostra
<b>P</b>	Nível de significância
<b>PANAS</b>	Escala do Afeto Positivo e Negativo
<b>R</b>	Coeficiente de Correlação
<b>RE</b>	Regulação Emocional
<b>T</b>	Teste <i>t</i> de <i>student</i>

## Introdução

### 1. Imagem corporal positiva

A imagem corporal (IC) pode ser definida como um construto multidimensional que representa a apreciação subjetiva do indivíduo relativamente à sua aparência física, envolvendo percepções, atitudes, sentimentos, comportamentos, pensamentos e crenças acerca do corpo (Cash, 2004; Smolak & Thompson, 2009). Trata-se de um fenómeno complexo que envolve aspetos cognitivos, afetivos, sociais/culturais e motores, estando intimamente relacionado com o conceito de si próprio e de como este é influenciável pelas interações entre o sujeito e o meio em que este vive (Silva, Soares, & Lange, 2010), tendo, assim, impacto em vários aspetos do bem-estar psicossocial e qualidade de vida (Smolak & Cash, 2011).

Os estudos concebidos nesta área debruçam-se essencialmente nos aspetos negativos (e.g., Hilbert & Tuschen, 2005; Madhulika & Aditya, 2013; Smolak & Cash, 2011; Tiggemann, 2004; Tylka, 2011) e na forma e peso do corpo (Cash, 2004; Tiggemann, 2004), tendo através deles surgido o construto da imagem corporal negativa, que pode ser definido como níveis de afeto e cognição negativos em relação ao corpo (Tylka, 2011; Manaf, Saravanan, & Zuhrah, 2016). O desenvolvimento de uma IC Negativa é despoletado por fatores de risco como a internalização dos ideais culturais de magreza (Levine & Murmen, 2009), a pressão sentida para ser magro (Presnell, Bearman, & Stice, 2003), as conversas relacionadas com a aparência (Clark & Tiggemann, 2006), as provocações relacionadas com o corpo (Helfert & Warschburger, 2011), as comparações baseadas na aparência (Rodgers, McLean, & Paxton, 2015) e um índice de massa corporal (IMC) elevado (Tiggemann, 2004).

Com base nestas investigações criaram-se programas de intervenção que consistiam essencialmente na diminuição dos sintomas negativos, impulsionando, no melhor dos cenários, um conceito de imagem corporal neutro (Tylka, 2011). Perante esta problemática, os estudos e investigações sobre a IC foram expandidos até à obtenção de um novo construto, o da imagem corporal positiva (IC Positiva). Este pode ser definido como um amor valorativo e respeitoso pelo corpo que permite aos indivíduos apreciar a beleza única deste, assim como as funções que ele desempenha; a capacidade de aceitar e até mesmo admirar o seu corpo, incluindo aqueles aspetos inconsistentes com imagens idealizadas; sentir-se

bonito, confortável, confiante e feliz com o seu corpo; a capacidade de enfatizar as qualidades do seu corpo em vez de realçar as suas imperfeições; e interpretar a entrada de informação de uma forma protetora do corpo, pela qual a mensagem mais positiva é internalizada e a informação mais negativa é rejeitada ou reenquadrada. (Wood-Barcalow, Tylka, & Augustus-Horvath, 2010).

Tylka e Wood-Barcalow (2015b) contextualizam a IC Positiva como um construto distinto da IC Negativa e que não se caracteriza pela simples ausência desta última (Bailey, Gammage, Ingen, & Ditor, 2015; Bailey, Cline, & Gammage 2016; Frisén & Holmqvist, 2010; Holmqvist & Frisén, 2012; Iannantuono & Tylka, 2012; Tiggemann & McCourt, 2013; Webb, Butler-Ajibade & Robinson, 2014; Wood-Barcalow et al., 2010). Trata-se de um conceito multifacetado, destacando-se facetas como apreciação corporal, investimento adaptativo na aparência, conceptualização ampla de beleza, positividade interna, percepção de aceitação do corpo pelos outros e flexibilidade psicológica corporal (Avalos & Tylka, 2006; Sandoz, Wilson, Merwin & Kellum, 2013). Esta multidimensionalidade do conceito torna-o holístico, protetor e estável, ainda que moldado pelas múltiplas identidades sociais dos indivíduos e ajustável às suas diversas experiências de vida.

Tylka e Wood-Barcalow (2015b) referem também que a IC Positiva não é estar completamente satisfeito com todos os aspetos da aparência, nem limitado por ela. Acrescentam, ainda, que esta não é expressa como narcisismo ou vaidade, nem infalível na proteção contra todas as ameaças relativas à imagem corporal. A IC Positiva também não se correlaciona com a dissociação do cuidado próprio, ou é auxiliada por elogios frequentes, relacionados com a aparência, por parte de terceiros.

A apreciação corporal é a faceta mais vulgarmente operacional e mensurável da IC Positiva (Tiggeman & McCourt, 2013), sendo definida como a atitude de aceitação, proteção e respeito do corpo (Avalos, Tylka, & Wood-Barcalow, 2005), assim como, apreciação dos recursos, funcionalidades e saúde do corpo, não se restringindo, assim, à aparência e respetivas ideologias culturais (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Nesta ótica, a maneira como os indivíduos se sentem é priorizada face ao seu tamanho e forma. Estudos suportam que, independentemente do peso e forma corporal, homens e mulheres com uma IC Positiva apresentam melhores valores de saúde física e mental, revelando menor sintomatologia depressiva (Avalos et al., 2005; Gillen, 2015; Lobero & Rios, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a), insatisfação corporal (Andrew, Tiggemann & Clark, 2016; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a) e comportamentos alimentares pouco saudáveis (Gillen, 2015), e

uma maior autoestima, satisfação com a vida e capacidade de realizar uma alimentação baseada em pistas internas do organismo (Tylka e Wood-Barcalow, 2015a).

São vários os estudos que realçam assim a associação entre a IC Positiva e variáveis psicológicas, nomeadamente com a autoestima, depressão e qualidade de vida (Gillen, 2015; Kim & Kang, 2015). Num das suas investigações, com uma amostra de estudantes do ensino superior, Gillen (2015), analisou algumas destas relações, concluindo que tanto rapazes como raparigas com níveis elevados de IC Positiva apresentam níveis inferiores de depressão e níveis mais altos de autoestima, reforçando a tese de que existe um impacto significativo da IC Positiva na saúde e bem-estar. A apreciação corporal, enquanto faceta da IC Positiva, está, muitas vezes, relacionada com valores mais altos de bem-estar psicológico (Avalos et al., 2005) e de autoestima (Swami, Airs, Chouhan, Leon & Towell, 2009; Swami, Stieger, Haubner & Voracek, 2008; Tylka & Kroon Van Diest, 2013) em estudantes universitários e adultos.

Num estudo desenvolvido por Swami, Weis e Furnham (2017) que visava examinar as associações entre IC Positiva (apreciação do corpo, flexibilidade da imagem corporal, orgulho corporal, aceitação do corpo dos outros) e uma abordagem multidimensional de bem-estar (emocional, psicológico e social), os resultados mostraram que, uma vez controlados os efeitos da idade e do IMC, a apreciação corporal prediz significativamente e positivamente todas as dimensões do bem-estar, sendo estes resultados consistentes com pesquisas anteriores que referem que a apreciação do corpo está positivamente associada a índices de bem-estar emocional, como o afeto positivo, otimismo, satisfação com a vida e felicidade subjetiva (Avalos et al., 2005; Dalley e Vidal, 2013; Marta-Simões, Ferreira, & Mendes, 2016; Raque-Bogdan, Piontkowski, Hui, Ziemer, & Garriot, 2016; Swami, Ng, & Barron, 2016; Swami, Tran, Tieger, & Voracek, 2015; Tylka & Kroon Van Diest, 2013, Wasylikiw, MacKinnon, & MacLellan, 2012), bem-estar psicológico, como a autonomia e noção de crescimento pessoal, e bem-estar social (Swami et al., 2017).

Atualmente, o interesse empírico e clínico na IC Positiva é cada vez maior, sendo as investigações qualitativas e quantitativas sobre esta temática positiva, adaptativa e saudável essenciais para o futuro do campo. Estas pesquisas debruçam-se, essencialmente, na operacionalização dos principais construtos; no desenvolvimento de intervenções para promover uma conexão consciente e apreciativa com o corpo; na integração de uma filosofia baseada na aceitação do mesmo e, ainda, na possibilidade de direcionar a imagem do corpo além da aparência com a meta de aprofundar outras dimensões relacionadas ao corpo, como a funcionalidade deste (Bailey et al., 2015; Bailey et al., 2016; Frisén & Holmqvist, 2010;

Holmqvist & Frisé, 2012; McHugh, Coppola & Sabiston, 2014; Smolak & Cash, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Wood-Barcalow, Tyka & Augutus-Horvath, 2010).

## **2. Imagem corporal positiva e a obesidade**

A obesidade é encarada como sendo uma doença crónica e de origem multifatorial da qual fazem parte fatores genéticos, hormonais, neuronais, metabólicos, ambientais, comportamentais, psicológicos e económicos (Oliveira-Maia, Roberts, Simon, & Nicoletis, 2011; Ribeiro et al., 2015; Stein & Colditz, 2004; World Health Organization (WHO), 2018). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é definida como a acumulação excessiva, ou anormal, de gordura corporal e, em termos funcionais, relacionada a um IMC (peso/altura<sup>2</sup>) de 30  $kg/m^2$  ou superior que é capaz de gerar consequências danosas para a saúde (WHO, 2018).

Atualmente, a obesidade é considerada um problema de saúde pública, sendo que as diversas investigações sobre a sua prevalência revelam que é uma epidemia que cresce de dia para dia em todo o mundo (Flegal, Carroll, Kit, & Ogden, 2012). Em Portugal, os dados recolhidos em 2015 pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge indicaram que 1.9 milhões de portugueses (28.7%) entre os 25 e os 74 anos padeciam de obesidade, sendo que o sexo feminino (32.1%) apresenta números superiores face ao masculino (24.9%) no que toca a esta condição (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), 2016). Concluiu-se, ainda, que a obesidade é mais frequente no grupo etário entre os 65 e os 74 anos (41.8%), nas pessoas com menor escolaridade (43.8%) e que se encontram sem qualquer atividade profissional (40.0%) (INSA, 2016).

De acordo com as bases epidemiológicas da obesidade no mundo contemporâneo, esta demonstra-se intimamente associada ao presente estilo de vida da sociedade, qualificado pelo alto consumo de alimentos industrializados, refeições calóricas, abastadas em carboidratos e gorduras, sedentarismo e diminuta prática de atividade física (Agra et al., 2016). No que diz respeito ao contexto social, salienta-se que apesar da obesidade ser um problema que está difuso por todas as camadas económicas da sociedade, constata-se uma progressiva associação aos sujeitos com condição económica mais baixa (Agra et al., 2016). Esta doença favorece a exclusão social, a qual leva à discriminação e preconceito, uma vez que a edificação desse fenómeno não ocorre exclusivamente graças a aspetos individuais ou sociais pertencentes ao sujeito, mas também à sua dinâmica internacional, assimilação e acomodação dos dados referentes à categoria social de “ser obeso” (Agra et al., 2016). Dessa forma, o indivíduo começa a ser encarado como sem talento, incapaz de trabalhar e



descuidado, acabando, assim, por ser alvo de ridicularizações capazes de causar uma diminuição da sua autoestima (Silva & Bittar, 2012).

Ao nível das variáveis psicológicas, a obesidade encontra-se associada a vários fatores que poderão influenciar o seu desenvolvimento. Os estudos mostram que a presença de sintomatologia psicopatológica, designadamente ansiedade e depressão, encontra-se associada à severidade da obesidade (Abilés et al., 2010; Lin et al., 2013). De igual modo, Katsaiti (2012) verificou que os sujeitos com obesidade revelam níveis de satisfação com a vida mais baixos, em todos os países, face aos demais grupos de IMC, existindo uma relação negativa entre IMC e satisfação com a vida. Pasco, Williams, Jack, Brennan e Berk (2013) desenvolveram uma investigação onde procuravam averiguar a relação entre a obesidade e a afetividade, tendo verificado que, nas mulheres, a afetividade negativa cresce com o aumento do IMC. No mesmo sentido, as conclusões deste estudo referem a existência de uma relação negativa significativa entre o IMC e o bem-estar subjetivo nos homens e, ainda, a ideia de que uma perturbação alimentar durante a vida piora negativamente a relação entre o bem-estar subjetivo e IMC no género feminino (Pasco et al., 2013).

A insatisfação com a IC é comum nesta população clínica (Silva & Lange, 2010), conduzindo a dificuldades nas relações interpessoais e profissionais e afastando-os daqueles que se enquadram no padrão de “normalidade” (Serrano, Vasconcelos, Alves, Cerqueira, & Pontes, 2010). Esta insatisfação gera um maior risco para desenvolver comportamentos de não controlo de peso, perturbações alimentares, dismorfia corporal, baixa autoestima, depressão e ansiedade (Nejati, Rezaei, Moradi, & Esfahani, 2017).

Num estudo que teve por base analisar as diferenças de género na satisfação corporal de jovens em diferentes níveis de IMC (baixo, normal e excesso de peso) confirmaram-se as hipóteses de que a satisfação corporal parece ser maior em rapazes com peso normal comparativamente aos com excesso de peso e de que as raparigas com baixo peso apresentam maior satisfação corporal do que as com normal e excesso de peso (Kantanista, Król-Zielinska, Borowiec, & Osinski, 2017). Estes resultados vão de encontro a outros estudos que observaram que o IMC e o género são importantes preditores da IC (Chen, Gue, Gong, & Xiao, 2015; Duncan, Al-Nakeeb e Nevill, 2013; Zach et al., 2013). Estes dados sustentam outras pesquisas que indicam que a baixa satisfação corporal é altamente prevalente em indivíduos com excesso de peso e obesidade, sendo um exemplo disso o estudo de Lubans e Cliff (2011) que observou uma relação negativa entre o IMC e a perceção de atratividade física em rapazes e raparigas de 15 anos.

Ao nível do tratamento, para os casos mais graves de obesidade ( $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$  ou

IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> com comorbilidades associadas), a cirurgia bariátrica é encarada como um procedimento com um impacto relevante na qualidade de vida dos doentes, impulsionando a perda de peso e a melhoria de vários domínios na sua vida (Buchwald et al., 2004; Gracia-Solanas et al., 2011; Mingrone et al., 2012; Schauer et al., 2012). Os candidatos a cirurgia bariatria tendem a apresentar um quadro clínico mais grave, que se caracteriza por uma elevada instabilidade a nível psicológico, social, familiar, profissional e motor (Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso., 2014). Para além disso, habitualmente, revelam sintomas ansiosos e depressivos (incluindo ideação e tentativas de suicídio), baixo autoconceito e qualidade de vida (Silva et al., 2014). Apresentam, ainda, maior propensão para desenvolverem comportamentos compulsivos e sentimentos de culpa após ingestão alimentar compulsiva (Mannucci et al., 2010; Silva et al, 2014). Estes fatores aliados a elevados níveis de IMC potenciam altos valores de insatisfação corporal e preocupação com o peso, sobretudo no sexo feminino (Bulik, Sullivan, & Kendler, 2002; Desai, Manley, Desai, & Potenza, 2009).

Todavia nem todas as pessoas com obesidade manifestam esta insatisfação em relação ao seu corpo ou são igualmente vulneráveis a isso (Schwartz & Brownell, 2004). Os fatores de risco de uma IC Negativa são a severidade da doença, ser do género feminino e a existência de compulsão alimentar, aliado a algumas evidências de maior risco como a idade precoce de início da obesidade, raça, orientação sexual, severas oscilações de peso e forte investimento na aparência (Schwartz & Brownell, 2004).

Uma vez que nem todas as pessoas com obesidade têm ou são vulneráveis a desenvolver uma IC Negativa, surgem, mais recentemente, estudos que introduzem o conceito de IC Positiva com o intuito de perceber melhor de que forma este construto se manifesta nesta população clínica.

Num desses estudos, Nejati e colaboradores (2017) procuraram comparar as crenças metacognitivas e estratégias de regulação emocional em mulheres com obesidade com IC Positiva e IC Negativa. Os resultados indicaram que as mulheres com IC Negativa tendem a recorrer a estratégias de regulação emocional mais ineficazes (auto-culpabilização, catastrofização, ruminação e outros tipos de culpa) quando comparadas com as mulheres com IC Positiva. Estas últimas tendem a apresentar pontuações mais elevadas nas estratégias eficazes de regulação emocional (aceitação, reorientação positiva, reorientação no planeamento, tomada de perspetiva e reavaliação positiva) (Nejati et al., 2017).

Rasmus (2018), por sua vez, investigou a apreciação do corpo e o orgulho sentido face ao mesmo em indivíduos com peso normal e com excesso de peso/obesidade e, ainda, se o facto de estes estarem num relacionamento romântico afetava a sua imagem corporal.

Deste estudo concluiu-se que os participantes com peso normal relataram uma maior apreciação corporal e orgulho face ao seu corpo. A análise mostrou também que não houve diferenças significativas na imagem corporal entre os indivíduos com peso normal e excesso de peso/obesidade que estavam numa relação amorosa (Rasmus, 2018). Os resultados sugerem ainda que os indivíduos que são menos positivos em relação ao seu corpo não precisam de ser necessariamente menos positivos em relação a si mesmos e que provavelmente existem outros fatores (por exemplo, saúde física, mas não sobrepeso / obesidade) que influenciam o seu bem-estar. Rasmus (2018) acrescenta que estar num relacionamento romântico pode ser encarado como um fator protetor e propício ao desenvolvimento de uma IC Positiva. Dessa forma, tanto participantes com peso normal como com excesso de peso obtiveram níveis semelhantes de apreciação corporal e orgulho face ao seu corpo quando numa relação amorosa, o que poderá significar a perceção de que o seu corpo é aceite por uma pessoa significativa para si, independentemente do seu peso (Rasmus, 2018). Supõe-se assim que não é o próprio IMC que ajuda a prever a atitude do indivíduo face ao seu corpo, mas sim a perceção de ter um corpo aprovado e aceite pelo seu/sua companheiro/a, sustentando a tese de que quando o sujeito se apercebe que o seu corpo é valorizado por aquilo que ele representa e não pela sua aparência, acaba por direccionar a sua atenção para o que o seu corpo sente e como funciona (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Seguindo as diretrizes de Tylka e Wood-Barcalow (2015a), pode concluir-se que uma imagem corporal menos positiva não está necessariamente associada ao excesso de peso, mas associada à perceção de que outras pessoas não aceitam o seu corpo. Mais se acrescenta que, como os níveis de autoestima e afeto positivo não diferiram significativamente entre os participantes com peso normal e excesso de peso/obesidade, supõe-se, assim, que as diferenças na imagem corporal não possam ser interpretadas em termos de diferenças no bem-estar. Os resultados não suportam algumas pesquisas anteriores que reportavam que valores de IMC mais elevados estavam relacionados a um menor bem-estar subjetivo (Böckerman et al., 2014; Datta, Etkoff, & Jaeger, 2016). Tiggemann (2015) foi mais longe e sugeriu que o facto de o companheiro ter uma IC Positiva, e não apenas a sua presença, pode ter um impacto na apreciação do corpo e no orgulho corporal de um indivíduo, independentemente da forma e do peso do corpo. Também Frisén e Holmqvist (2010) salientaram que mulheres com obesidade e IC Positiva estavam suficientemente satisfeitas com o seu corpo, pois eram capazes de aceitar os seus defeitos físicos e se direccionar para outros aspetos da sua aparência.

Apesar de escassos, e ainda que pouco consensuais, estudos como estes são

fundamentais para o aprofundamento da temática da IC Positiva em condições clínicas, mais concretamente na obesidade. Sendo esta uma doença cujas variáveis psicológicas exercem uma forte influência quer na sua génese como no seu desenvolvimento, o estudo da IC Positiva, nomeadamente nas pessoas que manifestam a doença em graus mais graves, poderá contribuir para a compreensão do papel que esta variável pode ter no curso e no tratamento da doença.

Desta forma, torna-se pertinente caracterizar a IC Positiva numa amostra clínica de pessoas com obesidade e aprofundar a sua associação com outras variáveis psicológicas (Nejati et al, 2017). Nesse sentido, o presente estudo assume-se de natureza exploratória e procura:

1. Analisar comparativamente indivíduos com diagnóstico de obesidade com um grupo não clínico normoponderais no que diz respeito:
  - a) à IC Positiva, nas facetas de apreciação corporal, aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e crenças sobre a aparência;
  - b) às dificuldades de Regulação Emocional;
  - c) ao estado emocional (afetividade negativa e positiva, e sintomatologia ansiosa e depressiva);
2. Averiguar a relação entre a IC Positiva e Domínio Emocional (dificuldades na Regulação Emocional, Afetividade e Sintomatologia) no grupo clínico;

Como hipótese, espera-se que os indivíduos com obesidade apresentem valores mais baixos de IC Positiva, em relação ao grupo não clínico, em todas as facetas do construto estudadas. Espera-se, ainda, que as variáveis emocionais (estado emocional negativo e dificuldades de RE) estejam negativamente associadas com a IC Positiva.

## Estudo Empírico

### 1. Método

#### 1.1 Desenho do estudo.

Relativamente ao desenho metodológico, o presente trabalho é um estudo empírico exploratório, de natureza transversal, que visa analisar algumas dimensões da IC Positiva (apreciação corporal, aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e crenças acerca da aparência), as dificuldades de regulação emocional, o estado emocional (afetividade e sintomatologia ansiosa e depressiva), o sexo e o estado civil em sujeitos com obesidade, através de uma análise quantitativa.

#### 1.2 Participantes.

De acordo com os objetivos deste estudo foi preciso englobar dois grupos de participantes: um clínico (grupo de indivíduos com obesidade) e um não clínico (grupo de sujeitos saudáveis, normoponderais).

Como critérios de inclusão para a amostra clínica foram definidos os seguintes aspetos: ter conhecimento do seu diagnóstico clínico, acuidade visual normal (ou corrigida para normal), idade igual ou superior a 18 anos (ambos os sexos),  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$  e estar numa situação de pré-cirurgia bariátrica. A existência de um défice cognitivo, gravidez ou período de 6 meses pós-gravidez, patologia oftalmológica significativa, disforia de género, comportamentos de automutilação e comorbilidade psiquiátrica severa, que interfira na participação do estudo, constituíram os critérios de exclusão do mesmo grupo. A seleção desta amostra concretizou-se segundo um método não probabilístico, visto que a escolha dos sujeitos se realizou por conveniência no Serviço de Psicologia do Hospital da Prelada.

A amostra do grupo clínico é composta por 40 participantes, 31 do sexo feminino e 9 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 63 anos de idade ( $M = 41.55$ ;  $DP = 9.66$ ). Os participantes apresentam uma média de 11,13 anos de escolaridade ( $DP = 3.17$ ) e 22 deles encontram-se casados ou a viver em união de facto, existindo, assim, 18 sujeitos que se posicionam como não tendo nenhuma relação (solteiros, divorciados/separados ou viúvos). O IMC deste grupo tem um valor médio de  $38.80 \text{ kg/m}^2$  ( $DP = 4.92$ ). A duração temporal da condição de obesidade dos sujeitos situa-se na média de 256.80 meses ( $DP = 162.93$ ), isto é, cerca 21 anos.

No que diz respeito ao grupo não clínico os seus critérios de inclusão consistiam em: idade igual ou superior a 18 anos (ambos os sexos), normoponderais (IMC entre 18.5 e 24.9 kg/m<sup>2</sup>) e período menstrual regular (em mulheres pré-menopausa). Uma história atual ou anterior de doença médica ou psiquiátrica severa e o uso atual de medicação psicotrópica foram considerados requisitos de exclusão para este grupo. Esta amostra foi recrutada *via online* seguindo uma metodologia bola-de-neve e por conveniência, sendo constituída por sujeitos com características similares ao grupo clínico, em relação ao sexo, idade, escolaridade e estado civil.

A amostra do grupo não clínico é composta por 45 elementos, 35 mulheres e 10 homens, com idades entre os 22 e os 60 anos ( $M = 45.13$ ;  $DP = 12.16$ ). A média de anos de escolaridade situa-se nos 14.22 ( $DP = 3.24$ ) e do IMC nos 22.01 kg/m<sup>2</sup> ( $DP = 1.50$ ). Nesta amostra 24 dos participantes dizem estar numa relação (casados ou união de facto), ao contrário dos restantes 21 (solteiros, divorciados/separados ou viúvos).

### **1.3 Instrumentos.**

No presente trabalho utilizou-se um conjunto de instrumentos que seguidamente irão ser explanados.

***Body Appreciation Scale 2 (BAS-2).*** A BAS-2 (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; versão portuguesa de Lemoine et al., 2018) é um questionário de autorresposta composto por dez itens que devem ser respondidos através de uma escala de *Likert* de cinco pontos (1= *nunca*, 2= *raramente*, 3= *às vezes*, 4= *frequentemente*, 5= *sempre*) que avalia a aceitação corporal, as opiniões favoráveis e o respeito face ao corpo. Os resultados correspondem à média das respostas assinaladas, sendo que pontuações mais elevadas estão associadas a maior apreciação corporal. Na versão original desta escala, a estrutura fatorial unidimensional, a consistência interna (alfa de Cronbach de .97) e a validade de construto (convergente, incremental e discriminante), foram asseguradas. Na validação da escala para a população portuguesa, conduzida por Lemoine et al. (2018), todas as propriedades psicométricas foram validadas, existindo uma consistência interna muito boa para o sexo masculino e feminino, apresentando valores de alfa de Cronbach de .91 e .94, respetivamente. Neste trabalho a consistência interna é considerada muito boa ( $\alpha_{\text{grupo clínico}} = .90$  e  $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .93$ ).

***Body Acceptance by Others Scale (BAOS).*** A BAOS (Avalos, & Tylka, 2006; versão portuguesa de Barbosa et al., 2018) é um instrumento de autorrelato unifatorial que foi concebido para avaliar em que medida o respondente percebe a aceitação do seu corpo, por parte de fontes externas (família, amigos, etc.). Este impacto pode ser positivo,

conduzindo ao respeito e autocuidado, ou negativo, aumentando a necessidade de modificar o corpo. Possui dez itens, sendo cada um reportado numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1= *nunca*, 2= *raramente*, 3= *às vezes*, 4= *frequentemente* ou 5= *sempre*). Os resultados referem-se à média das respostas dadas, indicando que maiores pontuações estão associadas a uma maior aceitação percebida pelos outros relativamente à imagem corporal e/ou peso (August-Horvath & Tylka, 2011). A consistência interna deste instrumento é assegurada através do alfa de Cronbach de .91. Na versão portuguesa do BAOS, a consistência interna é muito boa ( $\alpha = .94$ ) em amostras independentes de adolescentes e adultos. No presente estudo, o alfa de Cronbach obteve um valor de .88 para a amostra clínica e .93 para a amostra não clínica apresentando, assim, uma elevada consistência interna.

***Functionality Appreciation Scale (FAS)***. A FAS foi concebida por Alleva, Tylka, e Kroon Van Diest (2017) com a finalidade de mensurar a apreciação da funcionalidade corporal do inquirido. Este instrumento possui uma escala do tipo *Likert* que visa avaliar os sete itens que a constituem (1= *discordo totalmente*, 2= *discordo*, 3= *não concordo nem discordo*, 4= *concordo* e 5= *concordo totalmente*). A cotação da escala tem por base a média das pontuações do sujeito nos itens, sendo que valores mais altos refletem uma maior apreciação da funcionalidade corporal. A consistência interna da FAS é considerada boa apresentando valores de .86 para uma amostra combinada e de .84 e .87 para homens e mulheres, respetivamente (Alleva, et al., 2017). Este instrumento ainda não foi validado para a população portuguesa. Nesta investigação, o *alpha de Cronbach* foi de .80 e .91 para o grupo clínico e não clínico, respetivamente, apresentando uma boa consistência interna.

***Appearance Schemas Inventory (ASI-R)***. O ASI-R é um questionário de autorresposta elaborado por Cash, Melny e Hrabosky (2003) com o intuito de avaliar as crenças fundamentais sobre a importância, significado e impacto da aparência ao longo da vida, tendo duas facetas envolvidas, a saliência autoavaliativa e a motivacional. Este é composto por vinte itens que são respondidas com base numa escala tipo Likert com cinco hipóteses de resposta (1= *discordo fortemente*, 2= *discordo*, 3= *não concordo nem discordo*, 4= *concordo*, 5= *concordo fortemente*). Seis dos itens da escala estão enunciados no sentido oposto aos demais, o que significa que devem ser invertidos no processo de cotação. A pontuação final, que resulta da média das pontuações obtidas nos 20 itens da escala, oscila entre 1 e 5, sendo que quanto mais elevado for este resultado, maiores são os níveis de investimento esquemático relativos à aparência (Cash, 2003; Nazaré, Moreira, & Canavarro, 2010). A validade de construto (convergente) e consistência interna (alfa de Cronbach de .90 para o sexo masculino e de .88 para o sexo feminino) da escala estão asseguradas. A

versão portuguesa do ASI-R desenvolvida por Nazaré, Moreira e Canavarro (2010) apresenta também bons níveis de fidelidade ( $\alpha$  entre .80 e .90) e de validade de construto (convergente e discriminante). No presente estudo o valor do alfa de Cronbach foi de .79 para o grupo clínico e de .78 para o grupo não clínico, verificando-se, assim, uma boa consistência interna.

***Difficulties of Emotional Regulation Scale (DERS)***. A DERS (Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2009) tem como finalidade avaliar os padrões característicos da desregulação ao nível da não aceitação das emoções negativas, da inabilidade de se envolver em comportamentos orientados por objetivos quando a vivência de emoções negativas, das dificuldades em controlar comportamentos impulsivos no momento em que experiencia emoções negativas, do acesso restrito a técnicas de regulação emocional que são percebidas como efetivas, da falta de consciência emocional e clareza emocional (Coutinho et al., 2009). Apesar da DERS avaliar as dificuldades de regulação emocional a literatura refere que esta engloba aspetos como a consciência e compreensão das emoções; a aceitação das emoções; a aptidão para, perante uma emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir consoante as metas ambicionadas e a possibilidade para utilizar a regulação emocional adequadamente, conforme o uso de estratégias que modulem as respostas emocionais de maneira atingir metas individuais de forma flexível e ajustadas às exigências do acontecimento. O instrumento, possui 36 itens, 14 respondidos numa escala de 5 pontos (1 = *quase nunca se aplica a mim*, 5 = *quase sempre se aplica a mim*). A escala construída por Gratz e Roemer (2004) demonstrou deter elevados valores de consistência interna ( $\alpha = ,93$ ), boa fidelidade teste-reteste ( $r_s = ,88$ ) e validade de construto e preditiva apropriada. Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias (2009) provaram também que a versão portuguesa do DERS, alcançou propriedades psicométricas adequadas suportadas por uma estrutura fatorial similar à medida original, uma boa fidelidade teste-reteste ( $r_s = ,82$ ), muito boa consistência interna ( $\alpha = ,92$ ) e uma boa validade externa. A consistência interna neste estudo foi considerada elevada ( $\alpha_{\text{grupo clínico}} = ,89$  e  $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = ,90$ ).

***Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)***. Com a finalidade de investigar a ansiedade e a depressão, identificando e reconhecendo os componentes emocionais ligados à doença física (sem efeitos de diagnóstico), Zigmond e Snaith (1983) elaboraram a HADS, que em 2007 foi adaptado à população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007). Este instrumento contém catorze itens que se dividem por duas subescalas (ansiedade e depressão), nas quais o respondente tem quatro possibilidades de resposta (de 0 a 3),



prevenindo, assim, que os sujeitos escolhessem sistematicamente a opção do meio (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006). Cada valor corresponde, respetivamente, à melhor ou pior forma como o sujeito se tem sentido ao longo da última semana, sendo que as pontuações mais altas simbolizam a presença de sintomas de ansiedade e depressão com maior gravidade (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006). As pontuações iguais ou inferiores a 7 não são considerados como sinal de perturbação; entre 8 e 10 são interpretados como casos em que pode existir dúvida; entre 11 e 14 existe uma presença moderada e entre 15 e 21, considera-se que haja um estado depressivo/ansioso grave. Na adaptação portuguesa, o ponto de corte para a presença de um estado depressivo situa-se num resultado igual ou superior a 11 pontos (Pais-Ribeiro, et al., 2007). A consistência interna do instrumento original revelou-se aceitável, de acordo com a investigação de Moorey e colaboradores (1991) que alcançou um alfa Cronbach para a ansiedade de .76 e de .72 para a depressão. Também na validação da versão portuguesa de HADS a consistência interna foi assegurada ( $\alpha_{\text{ansiedade}} = .76$ ;  $\alpha_{\text{depressão}} = .81$ ) (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006). No presente trabalho, a consistência interna da amostra clínica é considerada razoável ( $\alpha_{\text{ansiedade}} = .77$ ;  $\alpha_{\text{depressão}} = .78$ ), assim como a da amostra não clínica ( $\alpha_{\text{ansiedade}} = .78$ ;  $\alpha_{\text{depressão}} = .68$ ).

***The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)***. O PANAS (Watson, Clark, & Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) é um instrumento que avalia a afetividade positiva e negativa através de uma escala de vinte emoções repartidas por duas subescalas – afetividade positiva e negativa. As suas respostas espelham de que forma os sujeitos experienciam cada uma dessas emoções durante a última semana, numa escala de cinco pontos (1 = *Muito pouco ou nada*, 2= *Pouco*, 3= *Assim, Assim*, 4= *Muito*, 5 = *Muitíssimo*). A consistência interna da versão original foi considerada boa ( $\alpha_{\text{afetividade positiva}} = .88$ ,  $\alpha_{\text{afetividade negativa}} = .87$ ). O processo de validação desta escala para a versão portuguesa demonstrou uma boa consistência interna ( $\alpha_{\text{afetividade positiva}} = .86$ ,  $\alpha_{\text{afetividade negativa}} = .87$ ) e correlações convergentes e discriminantes excelentes (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Na amostra do presente estudo, a consistência interna é muito boa tanto na amostra clínica ( $\alpha_{\text{afetividade positiva}} = .83$ ,  $\alpha_{\text{afetividade negativa}} = .80$ ) como não clínica ( $\alpha_{\text{afetividade positiva}} = .90$ ,  $\alpha_{\text{afetividade negativa}} = .88$ ).

***Questionário Sociodemográfico e Clínico***. No âmbito do projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas” elaborou-se um questionário sobre as informações sociodemográficas e clínicas dos sujeitos com a finalidade de existir um processo de seleção para este estudo em concreto. A secção onde estão incluídos os dados sociodemográficos é aplicada aos dois grupos

(clínico e não clínico), com o intuito de colher informações básicas como a idade, o sexo, grau de escolaridade, estado civil e profissão. Os dados antropométricos (peso e idade) também se aplicam aos dois grupos. A vertente clínica e específica do questionário é apenas aplicada à amostra clínica e procura perceber o estado de saúde dos sujeitos relativamente à sua condição clínica (obesidade), como a duração da doença (meses), tipos de tratamentos realizados e os seus efeitos secundários, existência ou não de episódios de ingestão alimentar compulsiva e sua frequência, se é candidato ou já realizou alguma cirurgia bariátrica no passado e qual a sua situação atual. Ressalva-se que o grupo não clínico responde a uma questão extra que visa saber se o respondente tem ou já teve alguma doença ou já realizou algum tipo de tratamento que provocasse alguma alteração corporal visível, dando-lhe a possibilidade de especificá-la.

#### **1.4 Procedimentos de Recolha de Dados.**

O presente estudo está inserido no projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas” e foi autorizado pela Comissão de Ética da FPCEUP (Refª 2018/12-6), assim como pela Comissão de Ética da Santa Casa de Misericórdia do Porto (P.I. Nº 003/2019), da qual o Hospital da Prelada faz parte.

O método de recolha de dados, em contexto hospitalar, iniciou-se pelo convite de participação no estudo, pela psicóloga responsável pelo Serviço de Psicologia do Hospital da Prelada, perante o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão. Num primeiro momento, foram explanados, a cada um dos participantes, o tema, os objetivos, a pertinência do estudo, duração estimada e questões éticas. Em simultâneo era-lhes entregue uma folha com todos os dados pertinentes para a investigação - Folha de Informação ao Participante e a Declaração de Consentimento Informado<sup>1</sup>.

O preenchimento dos questionários foi individual, sendo que caso surgisse alguma questão ou dúvida durante esse processo estes seriam auxiliados pela investigadora responsável. Após a resposta aos questionários existia, novamente, a possibilidade de serem clarificadas dúvidas, tecidas informações e registados dados para um eventual contacto em futuras investigações dentro do projeto.

A recolha física foi realizada após as consultas de Psicologia ou Nutrição dos participantes ou no espaço temporal entre as duas, tendo ocorrido na sala de espera do hospital entre 15 de abril de 2019 e 19 de julho de 2019.

---

<sup>1</sup> Se tiver interesse em consultar estes documentos, por favor, contacte a autora deste trabalho.

No processo de recolha *online*, exclusivo para o grupo não clínico, era também exibido aos participantes o consentimento informado e todos os dados relevantes ao projeto, na primeira parte do questionário. Ressalva-se que o recrutamento dos participantes do grupo não clínico foi na sua totalidade por *via online*.

Nas duas vias de recolha de dados, os participantes tinham a possibilidade de desistirem do preenchimento dos questionários assim que desejassem.

Ao nível ético, o projeto guiou-se pelos princípios esmiuçados na Declaração de Helsínquia, englobando a participação voluntária, consentimento informado e esclarecido, confidencialidade e acesso aos dados (World Medical Association, 2008).

### **1.5 Análise dos Dados.**

Terminado o processo de recolha, os dados foram inseridos e analisados quantitativamente no programa informático IBM SPSS Statistics 26 (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 26). Na base de dados não existia qualquer valor omissivo, pois qualquer questionário incompleto foi eliminado antes da sua inserção na base de dados. Antes da realização de qualquer análise foram averiguadas eventuais violações de pressupostos estatísticos que invalidassem os resultados do estudo, nomeadamente a normalidade das distribuições e homogeneidade das amostras. O pressuposto da normalidade das variáveis foi testado, recorrendo aos testes de *Kolmogorov-Smirnov* com correlação de *Lilliefors*. Nas variáveis da aceitação corporal pelos outros (BAOS), funcionalidade corporal (FAS), algumas subescalas da regulação emocional (DERS-Estratégias; DERS-Aceitação; DERS-Impulsos; DERS-Objetivos; DERS-Clareza) e na subescala da depressão (HADS-DEP) este pressuposto não foi garantido ( $p < .05$ ) (Lilliefors, 1967; Dallal & Wilkinson, 1986). Apesar disso, verificados os valores de assimetria e curtose da distribuição nestas variáveis, esta é considerada normal segundo os critérios de Kline (2005), podendo assim recorrer-se a testes paramétricos para a análise dos dados ( $|sk| < 3$ ;  $|ku| < 7-10$ ). Através do Teste de Levene, a homogeneidade foi verificada em todas as variáveis da amostra ( $p > .05$ ) (Levene, 1960).

Com o intuito de comparar o grupo clínico com o grupo não clínico no que diz respeito à IC Positiva, dificuldades de regulação emocional e estado emocional (afetividade e sintomatologia) procedeu-se à realização de testes *t* de *Student* para amostras independentes. Calculou-se, também, o *d* de Cohen como medida de tamanho de efeito, aplicando-se os valores padrão estipulados pelo autor (Cohen, 1988): .20 efeito pequeno; .50 efeito moderado e .80 efeito grande. Neste conjunto de análises, os resultados de *p* menores que .05 foram encarados como evidências de diferenças estatisticamente significativas.

O Coeficiente de Correlação de Pearson ( $r$ ) foi usado para averiguar a relação da IC Positiva e o domínio emocional, tendo os resultados seguidos como base explicativa as diretrizes de Cohen (1988):  $r = .10$  a  $.29$  (correlação fraca);  $r = .30$  a  $.49$  (correlação moderada);  $r = .50$  a  $1.0$  (correlação forte).

Para além disso realizaram-se análises descritivas para caracterizar a amostra e testes  $t$  de *Student* para comparar as variáveis sexo e estado civil no grupo clínico.

## **2. Resultados**

### **2.1 Análise Comparativa da IC Positiva, Estado Emocional e Dificuldades na Regulação de Emoções entre os Grupos clínico e não clínico.**

Na Tabela 1 estão expostos os valores obtidos nos testes  $t$  para amostras independentes. Estes possibilitaram a interpretação das diferenças entre o grupo clínico e o grupo não clínico, face aos resultados médios das dimensões da IC Positiva.

Os grupos revelam diferenças estatisticamente significativas entre si ao nível de todas as facetas da IC Positiva ( $p < .001$ ), com exceção da subescala saliência motivacional [ $t(83) = .34$ ;  $p = .73$ ] face às crenças sobre a aparência. O grupo não clínico apresenta níveis significativamente mais altos de apreciação corporal [ $t(83) = -8.03$ ;  $p < .001$ ], aceitação [ $t(83) = -9.70$ ;  $p < .001$ ], e funcionalidade [ $t(83) = -5.11$ ;  $p < .001$ ], em comparação ao grupo clínico. O grupo clínico apresenta significativamente um maior investimento na aparência ( $M = 3.52$ ;  $DP = .50$ ) e na subescala da saliência autoavaliativa ( $M = 3.64$ ;  $DP = .59$ ), ou seja, na forma como considera que o aspeto físico influencia o seu valor pessoal, comparativamente ao grupo não clínico.

As diferenças entre os dois grupos foram de magnitude elevada e moderada em todas as dimensões da IC Positiva com diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 1***Diferenças ao nível da IC Positiva entre os grupos clínico e não clínico.*

	Clínico (n=40) M (DP)	Não clínico (n=45) M (DP)	t	gl	p*	d de Conhen's
BAS-2	2.86 (.70)	4.06 (.67)	-8.03	83	<b>.000</b>	1.74
BAOS	2.56 (.72)	4.10 (.75)	-9.70	83	<b>.000</b>	2.11
FAS	3.67 (.60)	4.32 (.58)	-5.11	83	<b>.000</b>	1.11
ASI	3.52 (.50)	3.18 (.47)	3.25	83	<b>.002</b>	0.70
Saliência autoavaliativa	3.64 (.59)	3.04 (.55)	4.87	83	<b>.000</b>	1.06
Saliência motivacional	3.34 (.64)	3.39 (.59)	0.34	83	.734	0.07

*Nota.* n – Número de sujeitos; M – Média; DP – Desvio Padrão; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS – Functionality Appreciation Scale; ASI-R – Appearance Scheme Inventory.

\* Os valores de p com significância estatística encontram-se a bold.

A Tabela 2 retrata os resultados alusivos às diferenças entre o grupo clínico e o grupo não clínico, ao nível das dificuldades de RE e do estado emocional. E tal como é possível verificar, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos, em nenhuma das variáveis.

**Tabela 2***Diferenças ao nível da regulação emocional entre os grupos clínico e não clínico.*

	Clínico (n=40) M (DP)	Não clínico (n=45) M (DP)	t	gl	p*	d de Conhen's
DERS	2.42 (.51)	2.31 (.53)	0.89	83	.379	0.19
Estratégias	2.15 (.73)	2.03 (.80)	0.71	83	.477	0.16
Aceitação	2.67(.95)	2.28 (.89)	1.95	83	.055	0.42
Consciência	2.62 (.76)	2.85 (.91)	-1.26	83	.213	0.27
Impulsos	2.20 (.87)	1.95 (.64)	1.53	83	.131	0.33
Objetivos	2.70 (.76)	2.79 (.80)	-0.55	83	.587	0.12
Clareza	2.30 (.53)	2.16 (.65)	1.00	83	.319	0.22
HADS-ANS	7.95 (3.97)	8.62 (4.48)	-0.73	83	.469	0.02
HADS-DEP	5.33 (3.92)	5.62 (3.93)	-0.35	83	.729	0.01
PANAS-P	3.51 (.61)	3.62 (.62)	-0.83	83	.407	0.18
PANAS-N	2.17 (.64)	2.18 (.71)	-0.03	83	.979	0.001

*Nota.* n – Número de sujeitos; M – Média; DP – Desvio Padrão; DERS – Difficulties of Emotional Regulation Scale; PANAS-N – Escala de Afeto Negativo; PANAS-P – Escala de Afeto Positivo; HADS-ANS – Escala de Ansiedade; HADS-DEP – Escala de Depressão.

\* Os valores de p com significância estatística encontram-se a bold.

## **2.2 Associação entre a IC Positiva e o Domínio Emocional.**

Os resultados das correlações  $r$  de Pearson entre as diferentes facetas da IC Positiva, as dificuldades de RE e o estado emocional (afetividade negativa e positiva e sintomatologia de ansiedade e depressão) nos grupos clínico e não clínico, estão expostos na Tabela 3.

No grupo clínico, os valores obtidos demonstraram correlações negativas, estatisticamente significativas, de magnitude moderada entre a apreciação corporal e as variáveis emocionais que dizem respeito às dificuldades de regulação emocional, nomeadamente as subescalas da aceitação de emoções e agir consoante os objetivos, e a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva. A aceitação do corpo pelos outros revelou, também, correlações negativas, estatisticamente significativas, de magnitude moderada, com o score total da escala DERS, e as subescalas estratégias de RE, aceitação de emoções e não controlo de impulsos. A faceta funcionalidade corporal apenas revelou, uma correlação negativa, estatisticamente significava, com a sintomatologia depressiva. O investimento na aparência apresentou correlações estatisticamente significativas e positivas com as variáveis das dificuldades de RE, nas subescalas de estratégias de RE, aceitação de emoções, gestão de impulsos, agir consoante objetivos e com a presença de sintomatologia ansiosa. A magnitude destas correlações oscilou entre moderada e forte. O fator da saliência autoavaliativa correlacionou-se positivamente e significativamente, com uma magnitude moderada e forte, com todas as escalas à exceção das subescalas aceitação, consciência e clareza de emoções, sintomatologia depressiva e afetividade positiva e negativa. O fator da saliência motivacional apenas se correlacionou positiva e significativamente com as subescalas da consciência emocional e ação de acordo com os objetivos. Este último fator, também, revelou uma correlação negativa e estatisticamente significativa, de magnitude moderada, com a subescala das estratégias de RE.

No grupo não clínico, a aceitação corporal pelos outros, o investimento na aparência e o fator da saliência avaliativa não se correlacionaram significativamente com nenhuma das variáveis emocionais. A apreciação corporal demonstrou associações negativas, estatisticamente significativas, com o score total da escala DERS e com as subescalas da ação por base nos objetivos, clareza das emoções, consciência emocional, ansiedade, depressão e afetividade negativa. As magnitudes presentes nestas correlações foram essencialmente moderadas com exceção da subescala dos objetivos que foi fraca. A afetividade positiva foi a única variável emocional que revelou uma correlação positiva, estatisticamente significativa, de magnitude moderada, com a apreciação corporal. A funcionalidade corporal apenas se associou positivamente e significativamente com a

afetividade positiva, apresentando uma magnitude moderada. Verificou-se, ainda, uma correlação negativa e estatisticamente significativa, de magnitude moderada, entre o fator da saliência motivacional e a ansiedade.

**Tabela 3**

Correlações (*r*) entre a IC Positiva, DERS, PANAS e HADS nos grupos Clínico e Não clínico.

	DERS	DERS- Estratégias	DERS- Aceitação	DERS- Consciência	DERS- Impulsos	DERS- Objetivos	DERS- Clareza	HADS-ANS	HADS-DEP	PANAS-P	PANAS-N
<b>Grupo Clínico</b>											
BAS-2	<b>-.32*</b>	-.27	<b>-.31*</b>	.04	-.21	<b>-.34*</b>	-.10	<b>-.36*</b>	<b>-.47**</b>	-.01	-.03
BAOS	<b>-.37*</b>	<b>-.36*</b>	<b>-.38*</b>	.23	<b>-.36*</b>	-.45	-.04	-.28	-.23	-.12	-.02
FAS	-.14	-.05	-.14	-.08	-.08	-.12	-.12	-.11	<b>-.48**</b>	.19	.08
ASI	<b>.47**</b>	<b>.56**</b>	<b>.33**</b>	-.16	<b>.40*</b>	<b>.48**</b>	.10	<b>.51**</b>	.16	.03	.28
Saliência autoavaliativa	<b>.52**</b>	<b>.58**</b>	.29	.01	<b>.44**</b>	<b>.43**</b>	.24	<b>.62**</b>	.31	-.02	.23
Saliência motivacional	.20	<b>.31*</b>	.25	<b>-.32*</b>	.18	<b>.35**</b>	-.13	.15	-.12	.10	.24
<b>Grupo Não clínico</b>											
BAS-2	<b>-.30*</b>	-.22	.03	<b>-.41**</b>	-.16	<b>-.13*</b>	<b>-.32*</b>	<b>-.48**</b>	<b>-.43**</b>	<b>.41**</b>	<b>-.44**</b>
BAOS	.06	.12	.14	-.21	.10	.17	-.11	-.05	.07	.20	-.25
FAS	-.02	-.12	.13	-.13	.05	.04	.01	-.07	-.23	<b>.37*</b>	-.06
ASI	.04	.04	.01	-.05	.17	.05	-.05	-.11	-.16	.01	-.01
Saliência autoavaliativa	.20	.13	.16	.03	.23	.19	.06	.09	-.04	-.04	.14
Saliência motivacional	-.20	-.10	-.21	-.13	.01	-.17	-.19	<b>-.34*</b>	-.27	.07	-.22

Nota. BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS – Functionality Appreciation Scale; ASI – Appearance Scheme Inventory; DERS – Difficulties of Emotional Regulation Scale; PANAS-N – Escala de Afeto Negativo; PANAS-P – Escala de Afeto Positivo; HADS-ANS – Escala de Ansiedade; HADS-DEP – Escala de Depressão.

\*<sub>1</sub> Os valores de *p* com significância estatística encontram-se a bold.

\*<sub>2</sub> *p* < .05; \*\**p* < .01.



## 2.3 Análises adicionais no grupo clínico.

### 2.3.1 Associação IC Positiva, Idade, IMC e Duração da doença.

As análises adicionais deste estudo consistiram na tentativa de exploração de uma possível relação entre a IC Positiva e as características clínicas do grupo com obesidade: duração da doença (meses) e IMC.

Em relação à duração de doença verificou-se uma correlação estatisticamente significativa e negativa, de magnitude moderada, com o fator da saliência avaliativa da escala das crenças sobre a aparência ( $r = -.44$ ;  $p < .01$ ).

O IMC, por sua vez, não se correlacionou significativamente com nenhuma das dimensões da IC Positiva.

Para além disso, examinou-se também a relação com a variável idade e verificou-se uma correlação negativa, estatisticamente significativa, de magnitude moderada com a faceta da saliência avaliativa das crenças sobre a aparência ( $r = -.36$ ;  $p < .05$ ).

Nas restantes variáveis não se encontrou nenhuma relação estatisticamente significativa (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Correlações (r) entre a IC Positiva, a idade, o tempo de doença e o IMC, no grupo clínico.*

	Idade	IMC	Duração da doença (em meses)
BAS-2	.07	-.15	.08
BAOS	.09	-.22	.16
faz	.03	-.10	.09
ASI	-.17	-.06	-.31
Saliência avaliativa	<b>-.36*</b>	.09	<b>-.44**</b>
Saliência motivacional	.17	-.23	.002

*Nota.* BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS – Functionality Appreciation Scale; ASI-R – Appearance Scheme Inventory.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

### 2.3.2 Análise Comparativa da IC Positiva, Sexo e Estado Civil.

Adicionalmente procedeu-se à análise comparativa entre a IC Positiva e as variáveis sexo e estado civil.

Na Tabela 5 estão apresentados os resultados referentes às diferenças entre o sexo feminino e o masculino, no grupo clínico, ao nível das diferentes dimensões da IC Positiva.

Os grupos revelaram diferenças estatisticamente significativas apenas na faceta da apreciação corporal [ $t(38) = -2.62$ ;  $p < .05$ ], sendo esta de magnitude elevada ( $d = 1.13$ ). Este

resultado indicou que o sexo masculino ( $M = 3.37$ ;  $DP = .40$ ) obteve valores mais elevados na apreciação corporal comparativamente ao sexo feminino ( $M = 2.72$ ;  $DP = .71$ ).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos, em nenhuma das outras dimensões.

**Tabela 5**

*Diferenças ao nível da IC Positiva entre Sexos no grupo clínico.*

	Sexo Feminino ( $n=31$ ) $M (DP)$	Sexo Masculino ( $n=9$ ) $M (DP)$	$t$	$gl$	$p^*$	$d$ de Conhen's
BAS-2	2.72 (.71)	3.37(.40)	-2.62	38	<b>.013</b>	1.13
BAOS	2.54 (.67)	2.61 (.75)	-0.26	38	.794	0.09
faz	3.64 (.65)	3.76 (.42)	-0.53	38	.600	0.22
ASI	3.59 (.49)	3.29 (.49)	1.56	38	.126	0.60
Saliência avaliativa	3.73 (.60)	3.33 (.43)	1.83	38	.074	0.76
Saliência motivacional	3.37 (.64)	3.23 (.65)	0.55	38	.584	0.21

*Nota.*  $n$  – Número de sujeitos;  $M$  – Média;  $DP$  – Desvio Padrão; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS – Functionality Appreciation Scale; ASI-R – Appearance Scheme Inventory.

\* Os valores de  $p$  com significância estatística encontram-se a bold.

A Tabela 6 mostra os valores associados às diferenças entre o estado civil, no grupo clínico, ao nível das várias dimensões da IC Positiva. A variável estado civil foi dicotomizada em duas categorias, *estar num relacionamento* e *não estar num relacionamento*, com o intuito de se analisar se o facto de os indivíduos se posicionarem como estando numa relação afeta os seus níveis de IC Positiva.

Os resultados indicaram que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos, em nenhuma das dimensões.

**Tabela 6***Diferenças ao nível da IC Positiva entre Estar num Relacionamento no grupo clínico.*

	Está num Relacionamento (n=22) <i>M (DP)</i>	Não está num Relacionamento (n=18) <i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i> *	<i>d</i> de Cohen's
BAS-2	2.87 (.64)	2.85 (.79)	0.10	38	.921	0.03
BAOS	2.50 (.69)	2.62 (.76)	-0.49	38	.629	0.15
faz	3.62 (.57)	3.73 (.65)	-0.59	38	.560	0.19
ASI	3.54 (.46)	3.50 (.56)	0.26	38	.798	0.08
Saliência avaliativa	3.72 (.56)	3.55 (.62)	0.91	38	.369	0.29
Saliência motivacional	3.27 (.56)	3.42 (.73)	-0.74	38	.464	0.23

*Nota.* *n* – Número de sujeitos; *M* – Média; *DP* – Desvio Padrão; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS – Functionality Appreciation Scale; ASI-R – Appearance Scheme Inventory.

\* Os valores de *p* com significância estatística encontram-se a bold.

## Discussão

Neste estudo, de caráter exploratório, a IC Positiva foi estudada através das suas facetas da apreciação corporal, aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade corporal e, investimento na aparência numa amostra de pessoas com obesidade.

Na análise comparativa entre o grupo com obesidade e o grupo não clínico verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível de todos os domínios da IC Positiva, à exceção da saliência motivacional, o que confirma parcialmente a hipótese inicialmente formulada. As facetas da IC Positiva atingiram, predominantemente, valores mais altos no grupo não clínico (apreciação corporal, aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e saliência motivacional) excetuando o investimento na aparência e saliência autoavaliativa, que apresentaram níveis mais elevados no grupo clínico. Perante estes resultados, é possível depreender que, a par da literatura, os sujeitos com obesidade, demonstram uma menor apreciação, orgulho, aceitação, satisfação, positividade e respeito face ao corpo (Serrano et al., 2010; Marcuzzo, Pich & Dittrich, 2011; Razmus, 2018). Complementariamente, os valores mais elevados no investimento da aparência e saliência autoavaliativa podem ser sinónimo de uma inadequação de comportamentos compensatórios e de monotorização corporal, assim como um interesse desmensurado na aparência e insatisfação corporal (Cash, 2005; Cash, Melnyk, & Hrabosky, 2004; Carraça, Silva, & Teixeira, 2013). Aliado a isso, a literatura refere que o forte investimento na aparência pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de um IC Negativa (Schwartz & Brownell, 2004). Este motivo pode explicar, ainda, a não existência de diferenças significativas em relação à saliência motivacional entre os grupos, uma vez que essa faceta se refere ao grau que as pessoas estão atentas à gestão da sua aparência. Conjugando a possibilidade atípica destes comportamentos ocorrerem no grupo controlo com os altos níveis de IC Positiva e a visão de que o investimento na aparência é encarado como uma representação adaptativa de si mesmo para o mundo, pode-se encontrar uma exequível fundamentação para os índices serem mais baixos nestes domínios (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

No que concerne às dificuldades de RE e domínio emocional, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos. Este resultado não sendo congruente com a literatura que defende que os sujeitos com obesidade mórbida apresentam maiores dificuldade em regular as suas emoções, sobretudo através do uso de

estratégias de supressão emocional, face a indivíduos com peso normal (Zijlstra et al., 2012; Vieira, 2014). Adicionalmente, os níveis de ansiedade e depressão tendem, também, a ser maiores nesta população clínica (Onyke, Crum, Lee, Lyketsos & Eaton, 2003; Abilés et al., 2010; Lin et al., 2013). A par disso, os sujeitos com comportamentos de ingestão compulsiva, frequentemente presentes em pessoas com obesidade mórbida, têm maior propensão para apresentar défices ao nível do processamento e clareza emocional (Larsen, Van Strien, Eisinga, & Engels, 2006; Moon & Berenbaum, 2009). Dessa forma, é possível levantar a hipótese de que fatores como traços de personalidade, estilos de vinculação, diferentes níveis de inteligência emocional, ocultação de emoções em contextos sociais, desejabilidade social e expectativas de que a cirurgia bariátrica acabe com o sofrimento social e físico, que o excesso de peso acarreta, possam ter influenciado o grupo clínico nas suas respostas de autoavaliação (Barrett, Gross, Christensen & Benvenuto, 2001; Gross & John, 2003; Rodrigues, 2014; Silva & Faro, 2015; Neta, 2019; Xavier, 2019). Aliado a isso, os resultados do grupo não clínico podem estar associados à epidemia de depressão e ansiedade na sociedade atual, provocada pelo conflito entre o que o Outro espera de nós e pelo que o sujeito não consegue consentir face aos próprios desejos (Pereira & Azevedo, 2017), uma vez que estas variáveis não foram controladas.

Face às associações entre a IC Positiva e as dificuldades de RE é perceptível a existência de um elevado contraste entre os grupos, verificando-se uma predominância de correlações significativas no grupo clínico. Mesmo não se tendo encontrado diferenças significativas entre o grupo clínico e não clínico, como discutido anteriormente, os *scores* totais da DERS relacionam-se significativamente com todas as facetas da IC Positiva no grupo clínico, à exceção da escala da funcionalidade e saliência motivacional, comprovando a forte e evidente relação entre este domínio e a IC Positiva nesta população (Sadock & Sadock, 2009; Hughes & Gullone, 2011; Tárrega, 2014; Nejati et al., 2017).

No grupo com obesidade, a apreciação corporal apresentou uma moderada relação com a escala da DERS e com as subescalas da não aceitação de emoções e dificuldades em agir consoante objetivos. Estes dados atestam a evidência de que a BAS-2 é uma escala de referência na mensuração da IC Positiva, suportando a sua eficácia na investigação e em contextos clínicos (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Uma maior apreciação corporal associou-se a menos dificuldades de regulação emocional e vice-versa, o que vai de encontro à tese de Bento, Ferreira, Mendes e Marta-Simões (2017) que referem que elevados níveis de fusão cognitiva, ou seja, a perceção de que as experiências internas são retratos fiéis da realidade, face à aparência relacionam-se com uma menor apreciação corporal. À

semelhança do que aconteceu com a apreciação corporal, uma maior aceitação do corpo pelos outros relacionou-se com menores dificuldades de RE. Salienta-se, ainda, que a literatura sustenta a relação entre as dificuldades de RE e a IC Negativa, isto é, uma menor aptidão de expressão emocional e altos níveis de dificuldade de RE associam-se a uma maior insatisfação corporal (Hayaki, Friedman, & Brownell, 2001; Gouveia, Canavarro & Moreira, 2017), logo pode prever-se que uma expressão emocional mais eficiente, mecanismo de RE, simbolize *scores* mais elevados de IC Positiva e vice-versa.

Por outro lado, a faceta das crenças na aparência e a subescala autoavaliativa relacionam-se positivamente com as dificuldades de RE, ou seja, quanto maior o investimento na aparência e os esforços implementados pelo sujeito para manter ou aumentar a sua atratividade física maior será a sua dificuldade em regular emoções. Quando os sujeitos não apreciam a sua aparência, eles tendem a procurar formas de a mudar, sendo uma delas a realização da cirurgia bariátrica (Carraça, Silva, & Teixeira, 2013). No entanto, estratégias para aumentar a sua atratividade e investir na aparência como essa e o uso de maquilhagem, acessórios ou roupa mais apelativa surgem com a intencionalidade psicológica básica de os fazer sentir temporariamente melhor no corpo em que vivem (Carraça et al., 2013). Apesar disso, estes comportamentos compensatórios não contribuem para o bem-estar emocional dos indivíduos despoletando sentimentos de insatisfação, frustração e desesperança, o que pode ajudar a explicar o porquê de os resultados encontrados demonstrarem uma associação positiva entre o investimento e os esforços implementados e a dificuldade na RE, dado que se encontram numa situação pré-cirurgia, que pode ser encarada como um comportamento compensatório (Carraça et al., 2013).

A apreciação da funcionalidade corporal é a única dimensão que não se correlacionou com a DERS nem com nenhuma das suas subescalas, revelando assim que a forma como o sujeito com obesidade avalia a funcionalidade do seu corpo não se relaciona com a forma como regula as suas emoções. Esta ideia poderá ser suportada pelo facto de a amostra deste estudo corresponder a sujeitos candidatos a cirurgia-bariátrica, ou seja, estes creem que a solução dos seus problemas recai num fator externo, a cirurgia, desvinculando-se da sua identidade e das potencialidades do seu corpo (Silva & Maia, 2012).

No grupo clínico as subescalas das estratégias de RE, aceitação de emoções, controlo de impulsos e ação consoante objetivos são as que mais se correlacionam com as dimensões da IC Positiva. Assim sendo, neste estudo, um maior acesso limitado de estratégias de RE relacionou-se com uma menor aceitação do corpo pelos outros e maior investimento na aparência. Adicionalmente, uma maior dificuldade de aceitação das emoções associou-se a

uma menor apreciação e aceitação corporal e maior investimento na aparência. Um maior controlo dos impulsos relacionou-se com uma menor aceitação corporal pelos outros e maior investimento na aparência. E, ainda, mais dificuldades em agir perante objetivos associou-se a uma menor apreciação corporal e maior investimento na aparência. Estas conclusões corroboram outras investigações que sustentam que pessoas com IC Negativa, normalmente, utilizam estratégias ineficazes de RE, como auto-culpa, ruminação ou catastrofização comparativamente às que têm IC Positiva (Nejati et al., 2017). Para além disso, sustentam as investigações que referem que mulheres com obesidade e imagens corporais positivas se relacionam com maiores níveis de utilização de estratégias eficientes de regulação emocional, ou seja, que englobam a aceitação das emoções, reorientação positiva, replaneamento de objetivos, análise em perspetiva e reavaliação positiva (Nejati et al., 2017).

No grupo não clínico, a apreciação corporal é a única faceta da IC Positiva que se correlaciona com a DERS, indicando, novamente que uma maior dificuldade de RE associou-se a uma menor apreciação corporal. Além disso, volta a reforçar o grau de fiabilidade da BAS-2. O facto de apenas uma faceta ter apresentado uma ligação significativa com a DERS nesta amostra enfatiza a hipótese do forte impacto que a regulação das emoções tem na obesidade.

Relativamente ao domínio emocional, no grupo clínico, verificaram-se correlações negativas e moderadas entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e a apreciação corporal, ou seja, mais sintomas ansiosos ou depressivos associaram-se a uma menor apreciação corporal. Adicionalmente, os resultados sugerem, ainda, que um maior foco na funcionalidade do corpo associa-se a valores inferiores de sintomatologia depressiva (Hughes & Gullone, 2011; Alleva et al., 2017). Os resultados deste estudo validam a investigação de Hughes e Gullone (2011) que frisa a existência de uma associação negativa entre a IC Positiva e estas sintomatologias. Ao nível da depressão também o estudo de Gillen (2015) legitima estes resultados afirmando que tanto rapazes como raparigas com níveis elevados de IC Positiva apresentam níveis inferiores de depressão.

Por sua vez, o fator da saliência autoavaliativa estabeleceu uma forte correlação com a sintomatologia ansiosa sugerindo, assim, que um maior número de esforços implementados pelo indivíduo para manter ou aumentar a sua atratividade física associa-se a maiores níveis de ansiedade. Esta hipótese é suportada pela literatura que refere que os sujeitos que atingem valores mais altos de investimento na aparência tendem a focar-se exageradamente nela, alcançando maiores níveis de ansiedade social e de perturbação alimentar (Cash & Labarge, 1996; Cash, Melnyk, & Hrabosky, 2004), sendo mais

vulneráveis ao sofrimento situacional devido à aparência (Cash, Fleming, Alindogan, Steadman, & Whitehead, 2002).

No domínio emocional, ao nível da afetividade, não se constaram quaisquer correlações significativas, no grupo clínico, sendo possível levantar a hipótese de que tal se deveu ao facto de não terem sido controladas variáveis como traços de personalidade, estilos de vinculação e desejabilidade social.

Assim sendo, a segunda hipótese deste estudo é parcialmente comprovada, pois apesar das dificuldades de RE estarem negativamente associadas com a IC Positiva (apreciação e aceitação corporal), assim como a ansiedade (apreciação corporal) e a depressão (apreciação e funcionalidade corporal), a afetividade negativa não estabeleceu qualquer relação com esta.

Através das análises adicionais foi possível constatar a inexistência de correlações significativas entre a IC Positiva e o IMC, no grupo clínico, sugerindo, assim, que a variação da IC Positiva não é explanada por esta variável. Este resultado pode ser explicado pela falta de variabilidade de valores de IMC, pois trata-se de uma população bastante homogénea nessa característica. As investigações sobre esta relação revelam resultados que não são unânimes. As correlações não significativas comprovadas neste trabalho são concordantes com a tese de que a apreciação corporal não se associa a esta variável (e.g., Swami, Stieger, Haubner, & Vorace, 2008; Swami, Mada, & Tovée, 2012; Swami, García, & Barron, 2017; Vally, D'Souza, Hiba Habeeb, & Bensumaidea, 2017; Castro, 2019). No entanto, não corroboram com o facto de existir uma associação inversa entre a apreciação corporal e o IMC, mencionada noutras pesquisas (e.g., Swami, Stieger, Haubner & Voracek, 2008; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Perante isto pode-se insinuar que a apreciação corporal não tem, obrigatoriamente, uma relação direta com o IMC, podendo agregar, assim, a experiência subjetiva da vivência e funcionalidade do corpo. No futuro, seria interessante explorar esta associação numa amostra clínica pós-cirurgia bariátrica e comparar essa amostra com indivíduos pré-cirurgia. Verificou-se, também, a ausência de uma relação significativa entre a IC Positiva e a idade em todas as facetas estudadas com exceção do fator da saliência autoavaliativa, que apresenta uma correlação negativa e moderada. Estes resultados não são suportados pela maioria das pesquisas que defendem a existência de uma correlação significativa e positiva entre a apreciação corporal e a idade, em sujeitos que se situam no intervalo de idades do presente estudo, crendo que com o avançar da idade existe uma maior tendência para valorizar a saúde e funcionalidade do corpo (Tiggemann & McCourt, 2013; Swami et al., 2016; Swami et al., 2015; Atari, 2016). Ao nível da aceitação corporal pelos



outros, as nossas conclusões também não suportam a relação negativa entre esta faceta e a idade (Augustus-Horvath & Tylka, 2011). Em contrapartida, a correlação negativa entre a idade e saliência autoavaliativa pode simbolizar, tal como mencionado na literatura, que com o avançar da idade as mulheres fiquem mais aptas para aceitar as suas imperfeições corporais, usando menos esforços para aumentar a sua atratividade (Swami et al., 2016). Apesar disso, os nossos resultados vão de encontro ao estudo de Swami e colaboradores (2017) ao não encontrarem correlações entre estas variáveis. Perante isto, e aliado às correlações fracas existentes nos estudos que referem a existência de associação, é viável sugerir que a idade pode não ser um correlato particularmente forte da IC Positiva (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011; Swami et al., 2017; Tiggemann & McCourt, 2013). A duração da doença, à semelhança da idade, também não se associou significativamente com nenhuma faceta da IC Positiva com exceção do fator da saliência autoavaliativa, que apresenta uma relação negativa e moderada. Este resultado, hipoteticamente, pode dever-se ao facto de existir uma homogeneidade na distribuição dos valores dos participantes, uma vez que a maioria refere ter obesidade há muito tempo. Assim sendo, seria interessante replicar estas análises tendo estas considerações em conta. No que diz respeito há correlação negativa com o fator da saliência autoavaliativa, esta permite levantar a hipótese de que quanto maior a duração da condição de obesidade menos os sujeitos consideram que a sua aparência integra parte da sua identidade e lhe permitem aferir valor pessoal (Nazaré et al., 2010). Aliado a isso, a sua condição de pré-cirurgia bariátrica, pode indicar que as soluções dos seus problemas se encontram externas a eles e já não dependem de si, daí o desvincular da sua identidade e aparência. De forma a explorar esta hipótese seria interessante desenvolver um estudo longitudinal onde fosse analisada a relação destas variáveis ao longo do tempo.

Na análise comparativa entre o sexo feminino e masculino, o grupo clínico apresenta diferenças significativas ao nível da apreciação corporal com os homens a apresentarem níveis superiores face às mulheres. Estes resultados validam investigações anteriores que sustentam que o sexo masculino revela valores significativamente maiores de apreciação corporal em relação ao feminino em estudos com adultos e adolescentes (Lobero & Rios, 2011; Tylka & Kroon Van Diest, 2013; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Swami et al., 2017).

Por sua vez, ao nível do estado civil, o grupo clínico não mostra diferenças significativas entre os indivíduos que estão num relacionamento (casados ou em união de facto) comparativamente aos que não estão (solteiros, divorciados ou viúvos). Estas

conclusões não vão de encontro com a investigação de Razmus (2018) que refere que estar num relacionamento romântico pode ser encarado como um fator protetor e propício ao desenvolvimento de uma IC Positiva, uma vez que isso tende a acarretar a perceção de que o corpo é aceite por uma pessoa significativa para si, independentemente do seu peso. Em contrapartida suporta a ideia de que casar não protege necessariamente um indivíduo de experimentar níveis semelhantes de insatisfação corporal comparativamente a sujeitos solteiros (Friedman, Dixon, Brownll, Whisman & Wilfley, 1999). Seria interessante no futuro realizar uma seleção mais cuidada no que diz respeito ao facto do sujeito estar numa relação ou não, pois um indivíduo que assinala a opção divorciado pode estar num relacionamento romântico e isso não foi tido em conta neste estudo.

## Conclusão

Apesar de escassos, e ainda que pouco consensuais, estudos como este são fundamentais para o aprofundamento da temática da IC Positiva na obesidade. Sendo esta uma doença cujas variáveis psicológicas exercem uma forte influência quer na sua génese como no seu desenvolvimento, o estudo da IC Positiva, nomeadamente nas pessoas que manifestam a doença em graus mais graves, poderá contribuir para a compreensão do papel que esta variável pode ter no curso e no tratamento da doença.

Desta forma, através desta investigação foi possível concluir que relativamente às diferenças entre o grupo clínico e não clínico, os dados exploratórios revelam que o grupo com obesidade apresenta valores inferiores de IC Positiva ao nível de todos os seus domínios, à exceção do investimento na aparência e saliência autoavaliativa, o que confirma parcialmente a hipótese inicialmente formulada. Apesar disso, os nossos resultados acabam por serem bastante interessantes e fazerem sentido, pois os valores mais elevados no investimento da aparência e saliência autoavaliativa podem ser sinónimo de uma inadequação de comportamentos compensatórios e de monitorização corporal, assim como um interesse desmesurado na aparência e insatisfação corporal, algo que tende a ocorrer na obesidade (Carraça, Silva, & Teixeira, 2013; Cash, 2005; Cash, Melnyk, & Hrabosky, 2004).

Por sua vez, ao nível das dificuldades de RE e domínio emocional, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos. Perante este resultado ousa-se levantar a hipótese de que fatores como traços de personalidade, estilos de vinculação, diferentes níveis de inteligência emocional, ocultação de emoções em contextos sociais, desabilidade social e expectativas de que a cirurgia bariátrica acabe com o sofrimento social e físico, que o excesso de peso acarreta, possam ter influenciado o grupo clínico nas suas respostas de autoavaliação (Barrett, Gross, Christensen & Benvenuto, 2001; Gross & John, 2003; Rodrigues, 2014; Silva & Faro, 2015; Neta, 2019; Xavier, 2019). Assim sendo, em estudos futuros seria interessante controlar os traços de personalidade e estilos de vinculação dos participantes e, ainda, comparar, ao nível do domínio emocional, indivíduos com e sem ingestão alimentar compulsiva

Neste estudo, verificou-se, também, que a apreciação corporal, aceitação do corpo pelos outros e investimento na aparência se associaram significativamente com as dificuldades de RE, permitindo-nos, assim, atribuir uma forte e clara relação entre este

domínio e a IC Positiva na população com obesidade. Aliado a isto, observou-se que maior sintomatologia ansiosa ou depressiva se associou a uma menor apreciação corporal. Assim sendo, é visível a importância destes dados para a intervenção clínica através da aplicação de uma abordagem de intervenção integrativa destas dimensões da IC Positiva e da RE, baseado na tese de que estas tendem a demonstrar uma influência recíproca.

Nesta ótica, pesquisas consequentes poderiam averiguar possíveis variáveis envolvidas na promoção de uma IC Positiva e nos reduzidos níveis de dificuldades de RE, ansiedade e depressão, como traços de personalidade, estilos de vinculação ou níveis de bem-estar subjetivo, nesta população. Esta sugestão surge com o intuito de criar e aperfeiçoar programas de prevenção de excesso de peso e obesidade, de promoção da IC Positiva e, acima de tudo, de munir a prática clínica de informações valiosas para a exploração do seu custo-benefício no quotidiano do indivíduo.

Salienta-se, ainda, que apesar de não se ter observado qualquer ligação significativa entre a IC Positiva e a afetividade recomenda-se a exploração desta relação, novamente, em estudos onde se controle os traços de personalidade dos participantes ou onde se explore a relação desta variável com a IC Positiva.

Apesar do importante contributo para o estudo da IC Positiva esta investigação abrangeu algumas limitações. A primeira limitação diz respeito ao tamanho reduzido da amostra que restringe a generalização dos resultados. Assim sendo, seria uma mais-valia replicar este estudo de carácter exploratório numa amostra maior. A segunda refere-se à grande extensão do protocolo, que acabou por influenciar o número de participantes, pois os inquiridos acabavam por desistir do seu preenchimento. O facto de existirem algumas questões ambíguas em algumas escalas dificultou a clareza total das mesmas para os respondentes, podendo isso ter influenciado as suas respostas e ser considerada uma limitação. A desejabilidade social também pode ser considerada uma das limitações, pois os sujeitos tendem a responder de uma maneira mais positiva face ao seu corpo e à aceitação do mesmo tal como ele é, por ser politicamente correto. Além disso, supõe-se que as pessoas que aceitaram fazer parte deste estudo estão mais propensas a perceberem-se com uma imagem corporal positiva, originando um viés, ainda que positivo. Por último, o facto de não existir uma relação proporcional entre homens e mulheres pode ser encarado como uma limitação, devendo ser colmatada em estudos posteriores.

Em suma, se se analisar este estudo na sua globalidade todo ele é considerado uma enorme potencialidade no domínio da IC Positiva e da obesidade, uma vez que, como referido anteriormente, a literatura é escassa, não existindo ainda uma análise minuciosa e

comparativa das várias facetas nesta população, pelo que se torna pertinente desenvolver pesquisas longitudinais e experimentais para analisar as associações causais propostas pelas teorias da IC Positiva (Halliwell, 2015). Assim sendo, espera-se que este estudo seja uma alavanca para investigações futuras, em Portugal e no mundo, ao estimular o brainstorming sobre o tema e que, em simultâneo, tenha respondido a questões pertinentes da área.

## Referências Bibliográficas

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A., & Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, *20*, 161-167. doi: 10.1007/s11695-008-9726-1
- Agra G., Araújo L., Filho J., Formiga N., Freire M. & Pessoa V. (2016). Percepção de mulheres obesas em relação ao seu corpo. *RAIVE*, *2*(3).
- Alleva, J. M., Martijn, C., Veldhuis, J., & Tylka, T. L. (2016). A Dutch Translation and Validation of the Body Appreciation Scale-2: An Investigation with Female University Students in the Netherlands. *Body Image*, *19*, 44-48. doi: 10.1016/bodyim.2016.08.008
- Alleva, J., Tylka, T., & Kroon Van Diest, A. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body Image*, *23*, 28-44. doi:10.1016/j.bodyim.2017.07.008
- Andrew, R., Tiggemann, M. & Clark, L. (2016). Positive body image and young women's health: Implications for sun protection, cancer screening, weight loss and alcohol consumption behaviours. *Journal of Health Psychology*, *21*(1), 28-39. doi: 10.1177/1359105314520814
- Atari, M. (2016). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Iran. *Body Image*, *18*, 1-4. doi:10.1016/j.bodyim.2016.04.006
- Augustus-Horvath, C. L., & Tylka, T. L. (2011). The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(1), 110-125. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022129>
- Avalos, L. C., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, *2*, 285-297. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Avalos, L. C., & Tylka, T. L. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, *53*, 486-497. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-1067.53.4.486>
- Bailey, K. A., Cline, L. E. & Gammage, K. L. (2016). Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context:

- The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body Image*, 17, 88-99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.007>
- Bailey, K. A., Gammage, K. L., Ingen, C., & Ditor, D. S. (2015). "It's all about acceptance": A qualitative study exploring a model of positive body image for people with spinal cord injury. *Body Image*, 15, 24-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.010>
- Barbosa, R., Vieira, F. M., Brandão, M. P., Meneses, L., Fernandes, R., & Torres, S. (2018, junho). *Measurement of positive body image's facets: Psychometric properties of the BESAA and BAOS in Portuguese adolescents and adults*. Poster apresentado na Appearance Matters 8 Conference, Bath, Reino Unido.
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition Emotion*, 15(6), 713-724.
- Bento, S., Ferreira, C., Mendes, A., & Marta-Simões, J. (2017). Emotion regulation and disordered eating: The distinct effects of body image-related cognitive fusion and body appreciation. *Psychologica*, 50(2), 11-25. doi:10.14195/1647-8606\_60-2\_1
- Böckerman P, Johansson E, Saarni S.I. & Saarni S. E. (2014). The negative association of obesity with subjective well-being: is it all about health? *Journal of Happiness Studies*, 15(4), 857-867. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9453-8>
- Bowling, A. (1994). *Measuring health*. Buckingham: Open University Press.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrenbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 292(14). doi:10.1001/jama.292.14.1724
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 72-78. doi: 10.1002/eat.10072
- Carraça, E. V., Silva, M. N., & Teixeira, P. J. (2013). Body image investment and self-regulation of weight control behaviors. In L. B. Sams and J. A. Keels (Eds). *Handbook on Body Image: Gender Differences, Sociocultural Influences and Health Implications* (1-22). Nova Publisher.
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1-5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1).
- Cash, T. F. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 12, 438-442.
- Cash, T.F., Fleming, E.C., Alindogan, J., Steadman, L., Whitehead A. (2002). Beyond body

- image as a trait: the development and validation of the Body Image States Scale. *Eat Disord*, 10(2),103-113.
- Cash, T. F. & Labarge, A. S. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20 (1), 37-50.
- Cash, T., Melnyk, S., & Hrabosky, J. (2004). The Assessment of Body Image Investment: An Extensive Revision of the Appearance Schemas Inventory. *Wiley Periodicals*, 305-316. doi:10.1002/eat.10264.
- Cash, T. & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2<sup>nd</sup> ed.). Nova Iorque: Guilford Press.
- Castro, S. (2019). *Imagem Corporal Positiva e Emoções nas Perturbações do Comportamento Alimentar*. (Dissertação de mestrado). Retrieved from Repositório da Universidade do Porto.
- Chen G., Guo G., Gong J., & Xiao S. (2015). The association between body dissatisfaction and depression: An examination of the moderating effects of gender, age, and weight status in a sample of Chinese adolescents. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 25, 245–260. <https://doi.org/10.1017/jgc.2015.6>
- Clark, L. S., & Tiggemann, M. (2006). Appearance culture in 9- to 12-year-old girls: Media and peer influences on body dissatisfaction. *Journal of Social Development*, 15, 628–643.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Nova Iorque: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2009). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151. doi:10.1590/S0101-60832010000400001
- Dalley, S. E., & Vidal, J. (2013). Optimism and positive body image in women: The mediating role of the feared fat self. *Personality and Individual Differences*, 55, 465-468. doi:10.1016/j.paid.2013.04.006
- Datta G. N., Etcoff N. L. & Jaeger M. M. (2016). Beauty in mind: the effects of physical attractiveness on psychological well-being and distress. *Journal of Happiness Studies*, 17(3),1313-1325. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9644-6>
- [Desai, R. A., Manley, M., Desai, M. M., & Potenza, M. N. \(2009\). Gender differences in the association between body mass index and psychopathology. \*CNS spectrums\*, 14\(7\),](#)



372-383.

- Duncan M. J., Al-Nakeeb Y., & Nevill A. M. (2013). Establishing the optimal body mass index-body esteem relationship in young adolescents. *BMC Public Health*, *13*, 662. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-662>
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). The Validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the Moderator Effect of Acceptance on Disordered Eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *11*(3), 327-345. Consultado em: <http://www.ijpsy.com/>
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Ogden, C. L. (2012). Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among us adults, 1999-2010. *JAMA*, *307*(5), 491-497. doi:10.1001/jama.2012.39
- Friedman, M. A., Dixon, A. E., Brownell, K. D., Whisman, M.A., & Wilfley, D.E. (1999). Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, *26* (1). [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199907\)26:1<81::AID-EAT10>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<81::AID-EAT10>3.0.CO;2-V)
- Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, *7*(3), 205-212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.04.001>
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*: II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, *2*(23), 219-227. doi:10.14417/ap.84
- Gedeão, A. (1956). *Movimento Perpétuo*. Coimbra: Oficina Atlântica.
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image*, *13*, 67-74.
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2017). O papel moderador do peso na associação entre as dificuldades de regulação emocional e os comportamentos alimentares. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, *8*(1), 13-32.
- Gracia-Solanas, J. A., Elia, M., Aguilera, V., Ramirez, J. M., Martínez, J., Bielsa, M. A., & Martínez, M. (2010). Metabolic Syndrome after Bariatric Surgery. Results Depending on the Technique Performed. *Obesity Surgery*, *21*(2), 179–185. doi:10.1007/s11695-010-0309-
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and*

- Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi:10.1007/s10862-008-9102-4
- Grogan, S. (2010). Promoting Positive Body Image in Males and Females: Contemporary Issues and Future Directions. *Sex Roles*, 63, 757-765. doi: 10.1007/s11199-010-9894-z
- Gross, J. J. & John, O.P., (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362
- Halliwell, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image*, 14, 177-189. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.003>
- Hayaki, Jumi & Friedman, Michael & Brownell, Kelly. (2002). Emotional expression and body dissatisfaction. *The International journal of eating disorders*, 31. 57-62. 10.1002/eat.1111
- Helfert, S., & Warschburger, P. (2011). A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image*, 8, 101–109.
- Hilbert A. & Tuschen B. (2005). Body-related cognitions in binge-eating disorder and bulimia nervosa. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 561-79.
- Hughes E. K., Gullone E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8(3),224-31.
- Iannantuono, A. C. & Tylka, T. L. (2012). Interpersonal and intrapersonal links to body appreciation in college women: An exploratory model. *Body Image*, 9, 227-235. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.01.004
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016). Obesidade nos adultos População residente em Portugal em 2015. *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2013-2016*.
- Kantanista, A., Król-Zielińska, M., Borowiec, J & Osiński, W. (2017). Is Underweight Associated with more Positive Body Image? Results of a Cross-Sectional Study in Adolescent Girls and Boys. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, 1-6.
- Katsaiti, M. S. (2012). *Obesity and happiness*. *Applied Economics*, 44(31), 4101–4114. doi:10.1080/00036846.2011.587779
- Kim, J. S., & Kang, S. (2015). A study on body image, sexual quality of life, depression, and quality of life in middle-aged adults. *Asian nursing research*, 9(2), 96-103. doi: 10.1016/j.anr.2014.12.001
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Nova Iorque:

Guilford Press.

- Larsen, J. K., Van Strien, T., Eisinga, R., & Engels, R. C. M. E. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 237-243. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.07.006
- Lemoine, J., Konradsen, H., Jensen, A., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body Image*, 26, 1-9. doi:10.1016/j.bodyim.2018.04.004
- Levene, H. (1960). Robust test for equality of variance. In Olkin, (ed.), *Contributions to probability and statistics: Essay in Honor of Harold Hotelling*, 278-292. Stanford University Press, Palo Alto.
- Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2009). Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders. A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 9–42.
- Lilliefors, H.W. (1967). On the Kolmogorov-Smirnov test for normality with mean and variance unknown. *Journal of the American Statistical Association*, 64, 399-402.
- Lin, H.-Y., Huang, C.-K., Tai, C.-M., Lin, H.-Y., Yu-Hsi Kao, Tsai, C.-C., ... Yen, Y.-C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 13(1). doi: 10.1186/1471-244X-13-1
- Lobero, I. J. & Rios, P. B. (2011). Spanish Version of the Body Appreciation Scale (BAS) for Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 411-420. doi: 10.5209/revSJOP.2011.v14.n1.37
- Lubans, D. R., & Cliff, D. P. (2011). Muscular fitness, body composition and physical self-perception in adolescents. *Journal of Science and Medicine in Sport / Sports Medicine Australia*, 14, 216–221. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2010.10.003>
- Madhulika A. G. & Aditya K. G. (2013). Cutaneous body image dissatisfaction in eating disorders. *Eating disorders and the skin*, 103-111.
- Manaf, N. A., Saravanan, C. & Zuhrah, B. (2016). The Prevalence and Inter-Relationship of Negative Body Image Perception, Depression and Susceptibility to Eating Disorders among Female Medical Undergraduate Students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*., 10(3), VC01-VC04.
- Mannucci, E., Petroni, M. L., Villanova, N., Rotella, C. M., Apolone, G., Marchesini, G., &

- Quovadis, S. G. (2010). Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8. doi: 10.1186/1477-7525-8-90
- Marcuzzo M., Pich S. & Dittrich M. (2012). A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, 16(43), 943 – 54.
- Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2016). Exploring the effect of external shame on body appreciation among Portuguese young adults: The role of selfcompassion. *Eating Behaviors*, 23, 174-179. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.10.006
- McHugh, T.-L. F., Coppola, A. M., & Sabiston, C. M. (2014). “I’m thankful for being Native and my body is part of that”: The body pride experiences of young Aboriginal women in Canada. *Body Image*, 11(3), 318–327. doi:10.1016/j.bodyim.2014.05.004
- Mingrone, G., Panunzi, S., De Gaetano, A., Guidone, C., Iaconelli, A., Leccesi, L., Nanni, G., Pomp, A., Castagneto, M. & Rubino, F. (2012). *Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes*. *New England Journal of Medicine*, 366(17), 1577–1585. doi:10.1056/nejmoa1200111
- Moon, A. & Berenbaum, H. (2009). Emotional awareness and emotional eating. *Cognition & Emotion*, 23, 417-429. doi:10.1080/02699930801961798
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B., & Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *The British Journal of Psychiatry*, 9, 158-255.
- Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. (2010). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8(1), 21-36. doi:10.14417/lp.646
- Nejati, S., Rezaei, A. M., Moradi, M. & Esfahani, S. R. (2017). Metacognitive beliefs and emotion regulation strategies: obese women with negative and positive body images. *Journal of Research & Health.*, 7(3), 826-833. doi: 10.18869/acadpub.jrh.7.3.826
- Neta, M. B. S., (2019). Cirurgia bariátrica: fatores emocionais e culturais. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 04, Ed. 02, Vol. 03, 108-116. doi: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/fatores-emocionais
- Oliveira-Maia, A. J., Roberts, C. D., Simon, S. A., & Nicolelis, M. A. L. (2011). Gustatory and reward brain circuits in the control of food intake. *Advances And Technical*

*Standards In Neurosurgery*, 36, 31-59. doi:10.1007/978-3-7091-0179-7\_3

- Onyike, C.U., Crum, R.M., Lee, H.B., Lyketsos, C.G., & Eaton, W.W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*, 158(12), 1139-1147.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2):225-35. Doi: 10.1080/13548500500524088
- Pasco, J. A., Williams, L. J., Jack, F. N., Brennan, S. L., & Berk, M. (2013). Obesity and the relationship with positive and negative affect. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 477-482. doi: 10.1177/0004867413483371
- Pearson, K. (1905). Mathematical contributions to the theory of evolution XIV: On the general theory of skew correlation and non-linear regression. *Draper's Company Research Memoirs: Biometric Series II*. Londres: Dulau & Co.
- Pereira, M. B. M. & Azevedo, J. M. (2017). DEPRESSÃO E ANGÚSTIA: MODOS DE EXPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE. *Adolescências e juventudes: contribuições da Psicologia*, 2 (3).
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389–401.
- Raque-Bogdan, T. L., Piontkowski, S., Hui, K., Ziemer, K. S., & Garriot, P. O. (2016). Selfcompassion as a mediator between attachment anxiety and body appreciation: Na exploratory model. *Body Image*, 19, 28-36. doi:10.1016/j.bodyim.2016.08.001
- Rasmus, M. (2018). Body appreciation and body-related pride in normal-weight and overweight/obese individuals: Does romantic relationship matter?. *Perspect Psychiatric Care*, 1-7.
- Ribeiro, G., Santos, O., Camacho, M., Torres, S., Mucha-Vieira, F., Sampaio, D., & J. Oliveira-Maia, A. (2015). Translation, Cultural Adaptation and Validation of the Power of Food Scale for Use by Adult Populations in Portugal. *Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Escala do Poder da Comida para Utilização por Populações de Adultos em Portugal.*, 28(5), 575-582.
- Rodgers, R., Mclean, S., & Paxton, S. (2015). Longitudinal Relationships Among Internalization of the Media Ideal, Peer Social Comparison, and Body Dissatisfaction: Implications for the Tripartite Influence Model. *Developmental*

- Psychology*, 51(5), 706-713. doi: 10.1037/dev0000013.
- Rodrigues, F. M. N. (2014). *O impacto da regulação emocional no bem-estar dos trabalhadores portugueses: O papel moderador dos traços de personalidade* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Sadock B. J. & Sadock V.A. (2009). Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, 10. *Indian J Psychiatry*, 51(4), 331.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M. & Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 39-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>
- Schauer, P. R., Kashyap, S. R., Wolski, K., Brethauer, S. A., Kirwan, J. P., Pothier, C. E., ... Bhatt, D. L. (2012). *Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes*. *New England Journal of Medicine*, 366(17), 1567–1576. doi:10.1056/nejmoa1200225
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43–56. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00007-X)
- Serrano, S., Vasconcelos, M., Alves, G., Cerqueira, M., & Pontes, C. (2010). Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 25-31.
- Silva, C. & Bittar C. (2012). Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil. *Revista Saúde e Pesquisa*, 5(1), 197-207.
- Silva, C. & Faro, A. (2015). SIGNIFICAÇÕES RELACIONADAS À CIRURGIA BARIÁTRICA: ESTUDO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO. *Salud & Sociedad*, 6.
- Silva, G. & Lange E. (2010). Imagem corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicologia Argumento*, 28(60), 43-54.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychologica*, 41, 193-204
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2014). Psychological status, eating behaviour, quality of life of portuguese obesity surgery candidates. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 707-722. <https://dx.doi.org/10.15309/14psd150312>
- Silva, S. S. P., & Maia, A. C. (2012). Obesity and treatment meanings in bariatric surgery candidates: A qualitative study. *Obesity Surgery*, 22(11),1714-1722. doi:10.1007/s11695-012-0716-y

- Smolak, L., & Cash, T. F. (2011). Future challenges for body image science, practice, and prevention. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2<sup>nd</sup> ed.), 471–478. New York: Guilford Press.
- Smolak L. & Thompson J. (2009). *Body image, eating disorders, and obesity in youth. Assessment, Prevention, and Treatment* (2<sup>nd</sup> ed.). Washington DC, USA: American Psychological Association.
- Stein, C. J., & Colditz, G. A. (2004). The Epidemic of Obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2522-2525.
- Swami, V., Airs, N., Chouhan, B., Amparo Padilla Leon, M., & Towell, T. (2009). Are there ethnic differences in positive body image among female British undergraduates?. *European Psychologist*, 14(4), 288-296. doi: 10.1027/1016-9040.14.4.288
- Swami, V., Hadji-Michael, M., & Furnham, A. (2008). Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image*, 5(3), 322–325. doi:10.1016/j.bodyim.2008.03.007
- Swami, V., Mada, R., & Tovée, M. (2012). Weight discrepancy and body appreciation of Zimbabwean women in Zimbabwe and Britain. *Body Image*, 9, 559–562. doi:10.1016/j.bodyim.2012.05.006
- Swami, V., Ng, S.K., & Barron, D. (2016). Translation and psychometric evaluation of a Standard Chinese version of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image*, 18, 23-26. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.04.005. 23
- Swami, V., Stieger, S., Haubner, T., & Voracek, M. (2008). German translation and psychometric evaluation of the Body Appreciation Scale. *Body Image*, 5(1), 122-127. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.10.002
- Swami, V., Tran, U. S., Tieger, S. & Voracek, M. (2015). Associations Between Women’s Body Image and Happiness: Results of the YouBeauty.com Body Image Survey (YBIS). *Journal of Happiness Studies*, 16, 705-718. doi: 10.1007/s10902-014-9530-7
- Swami, V., Weis, L., Barron, D. & Furnham, A. (2017). Positive body image is positively associated with hedonic (Emotional) and eudaimonic (Psychological and Social) well-being in british adults. *The Journal of Social Psychology*, 158 (5), 541-552. doi: 10.1080/00224545.2017.1392278
- Tárrega, S. (2014). Explicit and implicit emotional expression in bulimia nervosa in the acute state and after recovery. *Plos*, 9(7).
- Tiggemann, M. (2004). Body Image across the adult life span: stability and change. *Body*

*Image*, 1, 29-41. doi:10.1016/S1740-1445(03)00002-0

- Tiggemann, M. (2015). Considerations of positive body image across various social identities and special populations. *Body Image*, 14, 168-176. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.002>
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10, 624-627. doi:10.1016/j.bodyim.2013.07.003
- Tylka, T. L. (2011). Positive psychology perspectives on body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2<sup>nd</sup>ed), 56-64. New York: Guilford Press.
- Tylka, T. L. & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item Refinement and Psychometric Evaluation With College Women and Men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137-153. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030893.supp>
- Tylka, T. L. & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Wasylikiw, L., MacKinnon, A. L., & MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9(2), 236-245. doi:10.1016/j.bodyim.2012.01.007
- Vally, Z., D'Souza, C., Habeeb, H., & Bensusmaidea, B. (2018). The factor structure and psychometric properties of an Arabic-translated version of the Body Appreciation Scale-2. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-5. doi:10.1111/ppc.12312
- Vieira, F. (2014). *Da ação à emoção: O psicodrama no tratamento da obesidade* (Dissertação de doutoramento). Retrieved from Repositório da Universidade do Porto.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Webb, J. B., Butler-Ajibade, P. & Robinson, S. A. (2014). Considering affect regulation framework for examining the association between body dissatisfaction and positive



- body image in Black older adolescent females: Does body mass index matter? *Body Image*, 11, 426-437. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.002>
- World Health Organization. (2018, June 03). *Obesity Facts & Figures*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). “But I Like My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>
- World Medical Association (2008). *Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Retrieved from <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>
- Xavier, V. P. P. (2019). Emoção, Regulação Emocional e Comportamento: Aspectos Históricos, Conceituais e Práticos. *Singular: Sociais e humanidades*, 1, 31-39. <https://doi.org/10.33911/singularsh.v1i1.26>
- Zach S., Zeev A., Dunsky A., Goldbourt U., Shimony T., Goldsmith R., & Netz Y. (2013). Perceived body size versus healthy body size and physical activity among adolescents - Results of a national survey. *European Journal of Sport Science*, 13, 723–731. <https://doi.org/10.1080/17461391.2013.771382>
- Zigmond, A.S. and Snaith, R.P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zijlstra, H., Middendorp, H. V., Devaere, L., Larsen, J. K., Ramshorst, B. V., & Geenen, R. (2012). Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychology & Health*, 27 (2), 1375-1378.