

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Imagem Corporal Positiva no Excesso de Peso e Obesidade: A influência do Sexo, Idade, Escolaridade e Índice de Massa Corporal

Mafalda Isabel Aguiar Mateus

M

2021



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Imagem Corporal Positiva no Excesso de Peso e Obesidade: A
influência do Sexo, Idade, Escolaridade e Índice de Massa
Corporal**

Mafalda Isabel Aguiar Mateus

Junho de 2021

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 intelectual.

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 o ano letivo 2019/2020 e 2020/2021, participei na recolha de dados e análise dos mesmos. 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

À *Prof. Dr.^a Filipa Vieira*, pela orientação, apoio e dedicação, assim como pela confiança que me depositou na realização deste trabalho, acreditando nas minhas competências, o que me permitiu desbravar o grande percurso de aprendizagem que foi esta dissertação.

Aos *participantes*, que sem a sua preciosa participação este projeto não seria exequível.

À *Dr.^a Margarida Soliz*, pelo suporte que me prestou e encorajamento constante para dar o melhor de mim neste último grande passo do meu percurso universitário.

À *minha família*, pela sua paciência em me acompanharem neste momento de aprendizagem e crescimento pessoal, pelos constantes convívios repletos de risos, que me permitiram esquecer as preocupações. Às *minhas irmãs*, por serem exatamente quem são e por trazerem tanta felicidade à minha vida. Um inevitável destaque *ao meu pai*, que se orgulhava muito da sua futura “Doutora” e de quem tenho eternas saudades.

Às *amizades que a faculdade me deu* e que levo para o resto da vida, *Patrícia, Helena e Liliana*, sem as quais este percurso teria sido impensável. O crédito merecido à *Ana Luísa* pela incondicional disponibilidade para me ajudar e ouvir, que permitiu que o caminho árduo que foi este trabalho custasse um bocadinho menos. A minha total gratidão pelo companheirismo, amizade e divertimento contínuo nos últimos 5 anos.

Às *amigas de sempre*, pelo constante apoio e incentivo. Um especial agradecimento à *Raquel* pelas explicações de genética, por estar sempre presente, receptiva a me ouvir e ajudar a arranjar soluções para os problemas que pareciam impossíveis. Obrigada, também, à *Bárbara* pela amizade, pelo seu inabalável sentido de humor e por me amparar nos momentos mais desafiantes.

Resumo

Os estudos sobre a imagem corporal têm vindo a aprofundar o construto multifacetado da imagem corporal positiva (IC Positiva), que se pode definir como uma aceitação incondicional do corpo, com marcado respeito por este e proteção do mesmo. A obesidade, sendo uma das atuais preocupações primárias de saúde pública, consiste numa doença crónica, na qual encontramos a interação entre fatores metabólicos, genéticos, psicológicos, sociais e económicos. A insatisfação corporal, baixa autoestima e elevada autocritica, frutos frequentes do impacto psicológico da patologia, encontram-se intimamente ligadas à base da relação entre a obesidade e a baixa IC Positiva.

Este estudo pretendeu explorar as diferenças entre pessoas com obesidade, com distinção entre amostra recolhida em contexto comunitário e amostra de candidatos a cirurgia bariátrica, e indivíduos normoponderais ao nível das facetas da IC Positiva (apreciação corporal, perceção de aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e responsividade corporal), e a relação destas facetas com algumas variáveis sociodemográficas e clínicas. A amostra é composta por 173 participantes do grupo clínico (102 na amostra recolhida em contexto comunitário e 71 na amostra de candidatos a cirurgia bariátrica) e 143 no grupo não clínico.

Os resultados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível da IC Positiva, com os candidatos a cirurgia bariátrica a apresentarem os valores mais reduzidos. Verifica-se, também, diferenças de sexo nesta amostra e no grupo não clínico, sendo que, em ambos, as mulheres apresentam uma IC Positiva mais baixa. No grupo clínico a escolaridade e o IMC revelam ter um papel importante no modo como se relacionam com a IC Positiva, enquanto nas pessoas normoponderais é a relação com a idade e o IMC que se destaca.

Palavras-chave: Imagem Corporal Positiva; Obesidade; Idade; Sexo; Escolaridade; IMC.

Abstract

Studies on body image have deepened the multifaceted construct of positive body image (Positive BI), which can be defined as an unconditional acceptance of the body, with marked respect for it and its protection. Obesity, being one of the current primary public health concerns, consists of a chronic disease, on the basis of which we find the interaction between metabolic, genetic, psychological, social, and economic factors. Body dissatisfaction, low self-esteem, and high self-criticism are the most frequent consequences of the psychological impact of the pathology, which are closely linked to the basis of the relationship between obesity and low Positive BI.

This study aimed to explore the differences between people with obesity, with a distinction between a sample collected in community settings and a sample of candidates for bariatric surgery, and normal-weight individuals at the level of the Positive BI facets (appreciation, perception of acceptance of the body by others, functionality and responsiveness) and the relationship of this facets of Positive BI with some sociodemographic and clinical variables. The sample consists of 173 participants in the clinical group (102 in the sample collected in the community context and 71 in the sample of candidates for bariatric surgery) and 143 in the non-clinical group.

The results point to the existence of statistically significant differences between the groups in terms of Positive BI, with candidates for bariatric surgery presenting the lowest values. There are also gender differences in this sample and in the non-clinical group, with women having a lower Positive BI on both. In the clinical group, education and BMI play an important role in the way they relate to Positive BI, while in normal-weight people, it's the relationship with age and BMI that is highlighted.

Keywords: Positive Body Image; Obesity; Age; Sex; Scholaryity; BMI.

Resumé

Les études sur l'image corporelle ont approfondi la construction multiforme de l'image corporelle positive (IC Positive), qui peut être définie comme une acceptation inconditionnelle du corps, avec un respect marqué pour celui-ci et sa protection. L'obésité, qui est actuellement l'un des principaux problèmes de santé publique, consiste en une maladie chronique, sur la base de laquelle nous trouvons l'interaction entre les facteurs métaboliques, génétiques, psychologiques, sociaux et économiques. L'insatisfaction corporelle, une faible estime de soi-même et une forte autocritique, résultats fréquents de l'impact psychologique de la pathologie, sont étroitement liées à la base de la relation entre l'obésité et la faible IC Positif.

Cette étude a visé à explorer les différences entre les personnes obèses, avec une distinction entre un échantillon collecté en milieu communautaire et un échantillon de candidats à la chirurgie bariatrique, et des individus de poids normal au niveau des facettes IC Positif (appréciation, perception d'acceptation du corps par les autres, fonctionnalité et réactivité du corps) et la relation de ces facettes avec certaines variables sociodémographiques et cliniques. L'échantillon est composé de 173 participants dans le groupe clinique (102 dans l'échantillon recueilli dans le contexte communautaire et 71 dans l'échantillon de candidats à la chirurgie bariatrique) et 143 dans le groupe non clinique.

Les résultats ont montré l'existence de différences statistiquement significatives entre les groupes en termes d'IC positif, les candidats à la chirurgie bariatrique présentant les valeurs les plus faibles. Il existe également des différences entre les sexes dans cet échantillon et dans le groupe non clinique, et dans les deux, les femmes ont un IC Positif plus faible. Dans le groupe clinique, l'éducation et l'IMC jouent un rôle important dans leur relation avec l'IC Positif, tandis que chez les personnes de poids normal, sa relation avec l'âge et l'IMC est mise en évidence.

Mots clés: Image Corporelle Positive; Obésité; Âge; Sexe; Sclolarité; IMC.

Índice

Enquadramento Teórico	1
1. Imagem Corporal Positiva	1
2. A Obesidade	4
3. A Imagem Corporal Positiva e a Obesidade.....	7
Estudo Empírico	12
1. Método.....	12
1.1. Participantes.....	12
1.2. Materiais	13
1.3. Procedimento de Recolha de Dados	15
1.4. Análise de Dados	15
2. Resultados.....	16
2.1. Análise Comparativa da IC Positiva entre a Amostra Clínica de Recolha Comunitária, Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e Grupo Não Clínico.....	16
2.2. Análise Comparativa da IC Positiva e Sexo entre Amostra Clínica de Recolha Comunitária, Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e Grupo Não Clínico.....	17
2.3. Análise da Relação da IC Positiva e Idade, Escolaridade e IMC na Amostra Clínica de Recolha Comunitária, na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e no Grupo Não Clínico.	20
Discussão.....	23
Conclusão	29
Referências Bibliográficas	32

Índice Tabelas

Tabela 1 - <i>Diferenças entre a Amostra Clínica de Recolha Comunitária, a Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e o Grupo Não Clínico ao nível da IC Positiva</i>	17
Tabela 2 - <i>Diferenças entre sexo ao nível da IC Positiva no Grupo Não Clínico</i>	18
Tabela 3 - <i>Diferenças entre sexo ao nível da IC Positiva na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia Bariátrica</i>	19
Tabela 4 - <i>Diferenças entre sexo ao nível da IC Positiva na Amostra Clínica de Recolha Comunitária</i>	19
Tabela 5 - <i>Correlações entre IC Positiva e Idade, Escolaridade e IMC na Amostra Clínica de Recolha Comunitária, na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e no Grupo Não Clínico</i>	22

Lista de Acrónimos e Abreviaturas

IC	Imagem Corporal
IC Negativa	Imagem Corporal Negativa
IC Positiva	Imagem Corporal Positiva
<i>d</i>	<i>d</i> de Cohen
<i>IMC</i>	Índice de Massa Corporal

Enquadramento Teórico

1. Imagem Corporal Positiva

Por imagem corporal (IC) entende-se um conceito multidimensional e complexo, cuja definição atende a questões de género, étnicas, culturais, à idade e ainda ao facto de depender do estado do corpo e da mente (Cash & Smolak, 2011). A IC é apreendida como um construto multifacetado que envolve fatores cognitivos, afetivos e comportamentais, não estando, por isso, exclusivamente limitado à aparência física (Wertheim & Paxton, 2011). Envolve uma multiplicidade de condições, como a satisfação corporal e o peso, perceções individuais, a veracidade da estimação do tamanho do corpo, a avaliação da atratividade física, os sentimentos, pensamentos e emoções associadas ao tamanho e forma do corpo, o que complexifica a sua definição (Bailey et al., 2017; Neagu, 2015).

A IC é, de um modo geral, compreendida como uma forma pessoal e subjetiva de sensação de satisfação ou desagrado com o próprio corpo, cuja essência depende de fatores pessoais, como a personalidade e a autoestima, fatores interpessoais, como a família, pares e os *media*, fatores biológicos, como as características genéticas, peso e forma do corpo, diversas patologias, e, por fim, fatores culturais, como os valores e normas sociais (Meland et al., 2007; Neagu, 2015).

Na literatura sobre a IC encontramos duas subcategorias: imagem corporal positiva (IC Positiva) e imagem corporal negativa (IC Negativa). Inicialmente, estes dois construtos eram percecionados como sendo opostos, ou seja, a IC Positiva seria a ausência de IC Negativa e vice-versa. Atualmente, compreende-se que estes são conceitos distintos, mas podem coexistir. Há, por isso, a possibilidade de uma pessoa ter insatisfação corporal significativa e conjuntamente respeitar e valorizar o seu corpo (Tylka & Wodd-Barcalow, 2015b).

Os primeiros estudos acerca da IC alicerçaram-se sobre a componente da IC Negativa e na exploração de potenciais planos de intervenção, que tinham por finalidade a redução ou extinção da sintomatologia negativa (Tylka, 2011). A IC Negativa encontra-se associada a uma autoestima baixa, insatisfação ou vergonha com o corpo, reduzido bem-estar, com

efeitos severos ao nível do funcionamento psicológico e social dos indivíduos, depressão (Meland et al., 2007) e perturbações alimentares (Gattario & Frisén, 2019). A IC Negativa encontra-se, deste modo, intimamente associada a fatores de risco, como a dedicação acentuada na aparência ou as comparações com os outros baseadas no físico (Rodgers et al., 2015; Schwartz & Brownell, 2004), a integração dos ideais sociais de magreza e respetiva pressão cultural para a perda de peso, bem como com um índice de massa corporal (IMC) mais elevado (Castro, 2019).

Nos estudos sobre a IC, e especificamente sobre a IC Negativa, atende-se ainda, a fatores sociodemográficos, como é o caso do género, etnia, aspetos socioculturais, que, de uma forma implícita, surtem efeitos no modo como esta é interpretada globalmente (Cash & Smolak, 2011). No que concerne a questão de género, Koff et al. (1990), verificaram que as mulheres tendiam a ter uma atitude variada em relação aos seus corpos, enquanto os homens apresentavam uma postura mais global. Ou seja, os homens estavam mais satisfeitos com os seus corpos e adotavam uma postura mais positiva quanto aos mesmos, por comparação ao sexo feminino. Também Demarest & Allen (2010) constataram que as mulheres apresentavam uma maior insatisfação com a sua figura e uma perceção distorcida das preferências dos homens. Por contraposição, o sexo masculino estava, de modo geral, mais satisfeito com o seu corpo, apesar de também terem uma perceção deturpada das predileções das mulheres (Demarest & Allen, 2010).

No domínio da saúde este tem sido igualmente um construto bastante estudado. Múltiplos estudos vêm comprovar a relação entre a IC e qualidade de vida dos indivíduos (Becker et al., 2019; Gouveia et al., 2014; Lee et al., 2013; Zutven et al., 2015), nomeadamente o estudo de Becker et al. (2019) que, numa amostra de mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 86 anos, observaram uma correlação positiva significativa entre IC Negativa e a presença de perturbação de sono, consumo reduzido de alimentos ricos em nutrientes, redução do prazer na prática de atividade física, aumento do comprometimento funcional e reduzida qualidade de vida. Também Zutven et al. (2015) constataram que as inquietações com o peso e a forma do corpo se correlacionavam positivamente com o sofrimento psicológico geral e uma maior insatisfação com a vida em mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 44 anos.

O foco inicial na IC Negativa resultou numa negligência ao nível do estudo da IC Positiva (Tylka, 2011), que, mais recentemente, tem sido conceptualizada como um atributo abrangente na sua preponderância e expressividade. A IC Positiva, sendo modelada pela sociedade, encontra-se intimamente dependente e interligada a uma aceitação incondicional

do corpo e a um bem-estar psicológico (Bailey et al., 2017). Andrew et al. (2016) exaltam o modo como a concetualização deste termo, tendo por base uma diversidade de estudos, permitiu assentar que a IC Positiva tem por características capitais a aceitação corporal, a tomada de uma perspetiva funcional do corpo, a filtração -como escudo protetor- da informação relativa ao físico e a defesa de uma definição de beleza inclusiva.

Por conseguinte, a IC Positiva exhibe ligações claras com o bem-estar, autocuidado e comportamentos alimentares, bem como com a apreciação do corpo pela sua beleza e funcionalidade, a aceitação e admiração do físico pelos aspetos que não vão ao encontro das expectativas culturais, a sensação de conforto, confiança e felicidade com o próprio, e o exaltamento das competências do corpo, por contraposição ao foco nas imperfeições (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

Em síntese, por IC Positiva pressupõe-se um construto complexo, que vai além da simples ausência de uma IC Negativa ou uma reduzida insatisfação corporal, no qual se integram características como conceções favoráveis acerca do corpo, independentemente da sua aparência, aceitação do corpo sem ter por base exclusivamente o peso, forma e imperfeições, respeito pelo corpo, através da resposta às suas necessidades e adoção de comportamentos saudáveis, assim como uma atitude protetora do mesmo, com recurso, por exemplo, à rejeição dos ideais irrealistas sociais. A IC Positiva contribui, deste modo, para a emersão de traços como a positividade interior, o envolvimento em comportamentos adaptativos de autocuidado e a mentoria a outros de como amar o próprio corpo (Tylka, 2011).

Deste modo, diversos estudos têm procurado relacionar as facetas da IC Positiva (i.e., perceção de aceitação do corpo pelos outros, apreciação, responsividade e funcionalidade corporal) com contextos de saúde, permitindo concluir que uma IC Positiva superior se encontra intimamente associada à adoção de atitudes que são protetoras do corpo – por exemplo, o evitamento de hábitos alimentares pouco saudáveis e adoção de uma alimentação intuitiva, redução de comportamentos de perda de peso e das perturbações alimentares (Andrew et al., 2016; Gillen, 2015). Uma IC Positiva superior permite, assim, a redução de problemáticas inerentes à insatisfação corporal- i.e., baixa autoestima, depressão, uso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, e excesso de peso/obesidade (Andrew et al., 2016; Bray et al., 2018; Gillen, 2015; Grogan, 2006; Jain & Tiwari, 2016).

Em suma, deduz-se destas investigações que pessoas com uma IC Positiva superior tendem a ter uma melhor saúde mental e física, independentemente do tamanho, forma ou peso do seu corpo (Gillen, 2015; Jain & Tiwari, 2016).

2. A Obesidade

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), por obesidade compreende-se uma acumulação excessiva ou atípica de gordura que acarreta riscos para a saúde dos indivíduos (World Health Organization [WHO], 2000). Esta condição clínica é o produto fisiológico de um desequilíbrio energético, que pode derivar de um consumo aumentado e/ou da redução do gasto de calorias, que, por sua vez, resulta na acumulação de tecido adiposo (Karasu, 2012). Trata-se de uma doença crónica, que mundialmente afeta a saúde de milhares de pessoas, e que na sua génese encontramos a interação entre fatores metabólicos, genéticos, psicológicos, sociais e económicos (Madureira, 2011).

Com recurso ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC; peso/altura^2) determinou-se como ponto de corte associado à obesidade valores iguais ou excedentes a 30, enquanto o excesso de peso se caracteriza por resultados equivalentes a 25 ou superiores (WHO, 2000).

A prevalência da obesidade triplicou entre 1975 e 2016. No ano de 2016, a nível global, 13% das pessoas com idades superiores a 18 anos encontravam-se com diagnóstico clínico de obesidade, sendo que destas 11% eram do sexo masculino e 15% do feminino (WHO, 2020). Esta prevalência está profundamente relacionada com fatores sociodemográficos, como é o caso da idade, género, estado civil, escolaridade e profissão.

Aranceta et al. (2001), visando a análise da influência de fatores sociais e culturais na prevalência da obesidade em Espanha, concluíram que o predomínio da condição clínica tendia a aumentar significativamente com a idade, bem como com níveis reduzidos de escolaridade. Nas mulheres com estatutos socioeconómicos mais baixos constou uma maior tendência para a obesidade, comparativamente às que tinham melhores condições económicas (Aranceta et al., 2001). De igual modo, no trabalho de Newton et al. (2017), constatou-se que as mulheres com estatuto socioeconómico elevado apresentavam um IMC menor ao longo da vida, o que poderia estar relacionado com o facto de a manutenção dos ideais associados ao peso ser facilitada por um estatuto económico superior. Em contraposição, o estudo de Dinsa et al. (2012) verificou que nos países empobrecidos, a obesidade é uma problemática tipicamente associada a indivíduos com estatuto socioeconómico elevado, tanto em homens como em mulheres, enquanto nos países com um nível socioeconómico superior, esta relação encontra-se mais equilibrada, não estando, desta forma, dependente do estatuto económico (Dinsa et al., 2012).

Estes factos são corroborados pelo estudo de Rossner (2002) que salienta também o papel do género, nomeadamente a maior predisposição que as mulheres apresentam para ganhar peso com a idade, por comparação aos homens. Assim como o estudo de Biedert & Margraf (2004) que salienta o género feminino como o mais propenso às pressões sociais do ideal de beleza, sendo as mulheres mais vulneráveis a uma baixa autoestima e depressão, como consequência de não se inserirem nos padrões de magreza estipulados pela sociedade.

No que concerne à idade, Changulani et al. (2008) constataram que a prevalência da doença tende a aumentar com o avançar do tempo, sendo que atinge o seu pico no grupo etário dos 55 aos 64 anos. Os autores observaram, ainda, que destes 21% são homens e 29% mulheres (Changulani et al., 2008).

No que se refere à escolaridade, Sassi et al. (2009) e Tzotzas et al. (2010) atestaram os resultados reportados previamente por Aranceta et al. (2001), ao explanarem o efeito direto da educação no aumento de peso, sendo que quanto maior o nível de escolaridade do próprio e dos que o rodeiam, menor será a probabilidade de este desenvolver a condição clínica de obesidade. Os autores justificam este fenómeno com três consequências positivas que a educação tem na prevalência da doença, como é o caso do maior acesso a informação de qualidade relacionada com a saúde, compreensão dos riscos associados a determinadas escolhas de estilo de vida, e uma melhoria no autocontrolo e na consistência dos comportamentos adotados (Sassi et al., 2009).

Relativamente ao impacto desta doença a nível físico, verifica-se uma maior propensão para a presença de patologias cardíacas, diabetes, hipertensão arterial, algumas tipologias de cancro, o incremento da mortalidade e a redução da esperança de vida em dez anos (Kubic et al., 2013). Já na componente social, verifica-se um recorrente evitamento de interações sociais, motivado pelo descontentamento com a IC, sendo que esta insatisfação está frequentemente interligada com as pressões sociais, que, por sua vez, se encontram intimamente relacionadas com o ideal de beleza imposto culturalmente (Foster et al., 1997; Minniti et al., 2004). Biedert & Margraf (2004) averiguaram que pessoas com excesso de peso/obesidade na adolescência e no início da vida adulta sofrem repercussões agravadas a nível social e económico, sendo estas consequências mais significativas nas mulheres. No que concerne ao impacto psicológico, a literatura salienta a baixa autoestima, elevada autocrítica, ansiedade, insatisfação corporal, bem como um maior predomínio de perturbações do humor, concretamente a depressão (Kubic et al., 2013; Minniti et al., 2004; Stapleton et al., 2020).

Rankin et al. (2016), numa revisão sistemática sobre as consequências psiquiátricas, psicológicas e psicossociais do excesso de peso/obesidade em jovens, verificaram que estes efetivamente apresentavam um menor autoconceito e auto-competência, e ainda uma menor autoestima, fenómeno que se encontrava profundamente relacionado com a insatisfação corporal. Constataram, de igual forma, que nestes jovens a probabilidade de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar e/ou perturbações de humor é substancialmente maior (Rankin et al., 2016).

A intervenção nas condições de excesso de peso/obesidade é, deste modo, complexa e prolongada. É, por isso, necessária uma equipa composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psiquiatras e psicólogos, assim como profissionais de saúde cuja formação seja direcionada para a prescrição da prática de exercício físico (Foster et al., 2017). Desta forma, com recurso a equipas multidisciplinares, consegue-se intervir na modificação do estilo de vida, na regulação emocional e na acentuada melhoria do bem-estar do indivíduo.

O aumento exponencial do número de pessoas em condição de excesso de peso/obesidade resultou numa intensificação da procura por processos de intervenção que dessem resposta ao dilema da necessidade urgente de promover a perda de peso. Emerge, deste modo, uma eminente curiosidade pelas intervenções cirúrgicas (Maggard et al., 2005). A cirurgia bariátrica é o tratamento mais atrativo a nível de custo-eficácia no que concerne aos casos mais graves da doença ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbilidades associadas), sendo esta a opção quando a intervenção comportamental, dietas alimentares ou tratamentos farmacológicos não se mostram bem-sucedidos (Kubik et al., 2013; Silva & Faro, 2015; van Hout & van Heck, 2009). Contudo, importa que não se menospreze o impacto ao nível da saúde mental que este procedimento cirúrgico detém nos indivíduos que a ela são submetidos, que são frequentemente desvalorizadas ao serem comparadas aos benefícios a nível físico que resultam da operação (Kubik et al., 2013).

Os candidatos a intervenção cirúrgica, como já foi mencionado, tipicamente já tentaram perder o peso por outras vias (i.e., dietas, exercício físico e medicação). Este historial de tentativas sucessivas de perda de peso sem sucesso, contribui, segundo Silva et al. (2014), para o agravar dos efeitos que a condição clínica tem a nível psicológico, social, familiar, laboral e físico das pessoas com excesso de peso/obesidade.

Os pacientes que tendem a procurar este procedimento cirúrgico revelam níveis superiores de sofrimento psicológico, nomeadamente de ansiedade e depressão, bem como a presença de comportamentos alimentares disfuncionais, que se caracterizam pela ingestão compulsiva de alimentos, desenvolvida muitas vezes na ausência de fome, por motivação

emocional, sensação de falta de controlo sobre o que se ingere e revolta após o consumo de uma quantidade excessiva de alimentos (Silva et al., 2014). Por comparação a sujeitos na mesma condição clínica, mas que não são candidatos a cirurgia bariátrica, e a pessoas normoponderais, as pessoas com obesidade mórbida apresentam uma maior propensão - até cinco vezes mais - de experienciarem, para além de perturbações de humor e do comportamento alimentar, consumo excessivo de álcool, fracas competências de funcionamento social, reduzida qualidade de vida e autoestima, insatisfação corporal, e preocupações exacerbadas com o peso e a forma do corpo (Jumbe et al., 2017; Kubik et al., 2013; Pataky et al., 2011; van Hout & van Heck, 2009).

3. A Imagem Corporal Positiva e a Obesidade

Numa sociedade que condena profundamente todo o corpo que não vá ao encontro dos ideais que impõe, as condições clínicas de excesso de peso e obesidade encontram-se estreitamente interligadas a uma insatisfação corporal elevada, bem como ao desejo de melhorar a aparência e a motivação para a perda de peso (Foster et al., 1997; Weinberger et al., 2016). Esta influência cultural e respetiva pressão social tem um efeito causal ao nível das imposições e expectativas que partem do ambiente familiar, social (i.e., amigos, colegas de trabalho) e dos media (Sabiston et al., 2007).

A já referida pressão social a que estão subjugados os indivíduos em condição de excesso de peso/obesidade pode resultar num tratamento distinto, por comparação a indivíduos cujos corpos vão de encontro às expectativas sociais. Este tipo de posicionamento estereotipado face ao grupo em análise é frequentemente aceite e encorajado, o que, consequentemente, surte efeitos no modo como os alvos dos estigmas se percecionam ou a pares na mesma condição (Wang et al., 2004).

Com base no estudo de Foster et al. (1997), no qual a amostra se encontrava submetida a um procedimento clínico experimental em que se procurava averiguar a eficácia de dieta e prática de exercício no tratamento do excesso de peso/obesidade, observou-se o enorme impacto que a perda de peso ou respetivo ganho do mesmo tem na satisfação corporal. Esta conclusão torna-se evidente nos resultados obtidos, segundo os quais os participantes que perderam doze quilos e os que perderam vinte e sete quilos no marco das vinte e quatro semanas apresentaram a mesma evolução ao nível da conceção da sua IC. Contudo, qualquer retorno neste processo, ou seja, ganho de peso, tinha um efeito negativo

na IC desses mesmos elementos do grupo (Foster et al., 1997). Estes dados vêm salientar o modo como a perda de peso, independentemente da quantidade, tem efeitos positivos ao nível da apreciação corporal, enquanto o ganho de peso, por muito inferior que seja ao que se havia perdido, surte danos superiores na avaliação que a pessoa faz do seu aspeto físico.

Deste modo, nos potenciais efeitos do excesso de peso/obesidade, junto com as alterações de humor, baixa autoestima e IC reduzida, compreende-se agora, claramente, que a discriminação enverga, de igual forma, um potencial devastador no bem-estar das pessoas. Os prejuízos consequentes ao mencionado preconceito abrangem uma multiplicidade de áreas, desde a educação, emprego, até aos cuidados de saúde. Assim, os danos colaterais são evidentes ao nível da saúde física e psicológica de indivíduos com excesso de peso (Schwartz & Brownell, 2004). Em suma, as consequências ao nível do bem-estar e qualidade de vida das pessoas em condição de excesso de peso/obesidade surtem efeitos diretos na sua IC (Becker et al., 2019; Gouveia et al., 2014; Lee et al., 2013; Zutven et al., 2015).

O desenvolvimento de uma IC Negativa no excesso de peso/obesidade apresenta-se associado a um conjunto de fatores de risco, como é o caso da relação entre IMC e IC, que é determinante do estatuto do peso atual, bem como a trajetória de peso percebida. Para além disto, também importa atender ao género, etnia, orientação sexual, compulsões alimentares, a presença de ciclos repetidos de perda e/ou ganho de peso ao longo do tempo, a preocupação e envolvimento excessivo com a aparência, a idade do surgimento do excesso de peso/obesidade, e, por fim, a gordura fantasma, conceito que frequentemente é associado ao fenómeno de as pessoas com excesso de peso/obesidade, após a perda de peso, não conseguirem, por vezes, ter uma IC Positiva comparável a um individuo que nunca teve esta condição clínica (Schwartz & Brownell, 2004).

Por conseguinte, a insatisfação corporal é superior em sujeitos com excesso de peso/obesidade do que em pessoas normoponderais, particularmente no sexo feminino, que tendem a dar maior relevo à aparência física do que os homens, sendo este um traço estável ao longo das suas vidas (Alves et al., 2009; Annis et al., 2004; Francisco et al., 2012; Mendes et al., 2021; Smolak et al., 2001). No sexo masculino, a insatisfação corporal encontra-se relacionada com uma autoestima baixa, depressão e perturbações alimentares, com estáveis associações a comportamentos como uso de drogas – i.e., esteroides ou hormonas de crescimento (Weinberger et al., 2016).

Em suma, o ato social de associação da condição clínica de excesso de peso/obesidade a uma falha ou defeito é determinante no modo como o alvo do preconceito se percebe. É, consequentemente, expectável que do estigma resulte alguma forma de

descontentamento com o corpo (Schwartz & Brownell, 2004). Encontra-se, assim, em constante tensão a conceção de IC Positiva neste grupo clínico.

Atendendo-se ao estudo de Castro (2019), no qual a autora procurou comparar uma amostra de pessoas com obesidade e uma amostra de sujeitos normoponderais no que se refere às componentes da IC Positiva, às dificuldades de regulação emocional e ao estado emocional, detetou-se que a IC Positiva é inferior em todas as suas componentes (i.e., apreciação, aceitação e funcionalidade) no grupo clínico. A única exceção encontrada à tendência mencionada foi o caso do investimento na aparência e saliência autoavaliativa, isto é, o modo como a pessoa perspetiva que o seu físico afeta o seu valor individual e a dedicação que arremete ao seu aspeto físico (Castro, 2019). A autora estabeleceu a relação causal entre esses valores elevados inesperados com potenciais comportamentos compensatórios, assim como com uma preocupação exacerbada com a aparência e descontentamento corporal, sendo de ressaltar que foi encontrada uma correlação significativa entre as dimensões emocionais e a IC Positiva, tendo-se concluído que quanto maior as dificuldades de regulação emocional e a presença de sintomas ansiosos ou depressivos menor a apreciação corporal dos indivíduos (Castro, 2019).

Outros estudos como os de Nejati et al. (2017) e o de Razmus (2018) vieram contribuir para o aprofundamento do conhecimento da relação entre IC Positiva e obesidade. Nejati et al. (2017) procuraram dissecar o efeito da aplicação de estratégias de regulação emocional e de crenças metacognitivas em mulheres com obesidade com IC positiva e negativa. Os autores concluíram que as mulheres obesas com IC Negativa apresentavam uma maior incapacidade de regular emoções, por comparação às que apresentavam IC Positiva (Nejati et al., 2017). As primeiras recorriam a comportamentos como a culpabilização, catastrofização, e externalização do locus de controlo, enquanto as mulheres com IC Positiva recorriam a estratégias como a aceitação, foco no positivo e no planeamento, e perspetivas de reavaliação positiva (Nejati et al., 2017). Razmus (2018), por sua vez, analisou a apreciação corporal e orgulho individual associado, em indivíduos com excesso de peso/obesidade e normoponderais, atendendo ao facto de estarem numa relação amorosa. Com este seu estudo apurou que sujeitos normoponderais são mais positivos acerca dos seus corpos, sendo mais respeitosos, aceitantes da sua forma e imperfeições e mais orgulhosos e esforçados para manter e melhorar a sua aparência (Razmus, 2018). Ainda assim, demonstrou-se que as relações amorosas desempenhavam um papel protetor para a IC Positiva, o que se pode relacionar com a aceitação por parte de uma figura importante,

independentemente da forma, peso ou outros defeitos percebidos pelo próprio (Razmus, 2018).

Embora sejam ainda escassos os estudos sobre a IC Positiva no excesso de peso/obesidade, os resultados apontam para que esta seja uma dimensão pouco desenvolvida, não só pela pressão e expectativas sociais relativamente ao que é um corpo ideal, mas, de igual modo, pelas próprias consequências físicas e psicológicas associadas à condição clínica. Apesar do descontentamento com a IC nem sempre derivar do tamanho ou peso do corpo (Wardle & Cooke, 2005), Littleton & Ollendick (2003) constataram que os danos consequentes a essa insatisfação podem perdurar por longos períodos de tempo, indo desde a infância até à vida adulta. Tratando-se de um construto recente, dar continuidade ao estudo da IC Positiva nesta doença torna-se pertinente, pois poderá contribuir para uma melhor compreensão do mesmo, assim como para uma melhor caracterização do papel que pode assumir nesta condição clínica e no seu tratamento.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo principal perceber o papel da IC Positiva numa amostra clínica de pessoas com excesso de peso/obesidade e de que modo se associa com algumas variáveis sociodemográficas e clínicas. De forma a melhor caracterizar a IC Positiva nesta população clínica, é feita a comparação com um grupo de pessoas normoponderais. Com base na revisão da literatura apresentada, a amostra clínica será também dividida em dois subgrupos – amostra de recolha comunitária e amostra de candidatos a cirurgia bariátrica – procurando, deste modo, atender às especificidades da condição clínica.

Dando continuidade ao trabalho iniciado por colegas em anos anteriores, o presente estudo pretende dar respostas aos seguintes objetivos específicos:

1. Analisar comparativamente indivíduos com excesso de peso/obesidade com um grupo de indivíduos normoponderais, no que diz respeito à IC Positiva, nas facetas da apreciação corporal, funcionalidade, responsividade/autocuidado corporal e perceção de aceitação do corpo pelos outros.
2. Analisar comparativamente os participantes com excesso de peso/obesidade recolhidos em contexto comunitário com candidatos a cirurgia bariátrica recolhidos em contexto hospitalar no que diz respeito à IC Positiva nas facetas da apreciação corporal, funcionalidade, responsividade/autocuidado corporal e perceção de aceitação do corpo pelos outros.

3. Analisar comparativamente as facetas da IC Positiva por sexo, nos grupos clínico e não clínico.
4. Analisar a relação entre as facetas da IC Positiva e as variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade) e clínicas (IMC) nos grupos clínico e não clínico.

Tendo por base a revisão bibliográfica realizada, foram definidas as seguintes hipóteses:

1. Espera-se que os participantes com excesso de peso/obesidade apresentem uma IC Positiva inferior ao grupo de indivíduos normoponderais em todas as facetas em estudo (Castro, 2019; Foster et al., 1997; Kubic et al., 2013; Minniti et al., 2004; Schwartz & Brownell, 2004; Stapleton et al., 2020; Weinberger et al., 2016).
2. Espera-se que os candidatos a cirurgia bariátrica apresentem uma IC Positiva inferior aos participantes recolhidos em contexto comunitário em todas as facetas em estudo (Jumbe et al., 2017; Kubik et al., 2013; Mannucci et al., 2010; Pataky et al., 2011; Schwartz & Brownell, 2004; Silva et al., 2014; van Hout & van Heck, 2009).
3. Espera-se diferenças entre homens e mulheres nas diferentes facetas da IC Positiva nos três grupos em análise. Especificamente que o sexo feminino apresente uma IC Positiva inferior à do sexo masculino nos três grupos em estudo (Alves et al., 2009; Annis et al., 2004; Francisco et al., 2012; Grilo et al., 2005; Mendes et al., 2021; Smolak et al., 2001).
4. Espera-se uma correlação positiva entre as facetas da IC Positiva e a idade nos três grupos em estudo (Aranceta et al., 2001; Changulani et al., 2008).
5. Espera-se uma correlação positiva entre as facetas da IC Positiva e os níveis de escolaridade nos três grupos em estudo (Aranceta et al., 2001; Sassi et al., 2009; Tzotzas et al., 2010).
6. Espera-se uma correlação negativa entre as facetas da IC Positiva e o IMC nos três grupos em estudo (Castro, 2019; Foster et al., 1997; Schwartz & Brownell, 2004).

Estudo Empírico

1. Método

Este trabalho consiste num estudo empírico, de natureza observacional e transversal, que visa analisar algumas dimensões da IC Positiva (apreciação corporal, percepção de aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e a responsividade/autocuidado corporal) e a sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas (sexo, idade, escolaridade e IMC), recorrendo a uma metodologia quantitativa.

1.1. Participantes

A amostra do presente trabalho é composta por dois grupos de participantes – grupo clínico (grupo de pessoas com excesso de peso/obesidade) e grupo não clínico (grupo de indivíduos normoponderais). O processo de amostragem realizou-se com recurso a um método não probabilístico por conveniência, através da recolha de dados em contexto hospitalar e online em plataformas como o Facebook e Instagram.

Os critérios de inclusão para a amostra clínica prenderam-se com o conhecimento do diagnóstico clínico da doença ou, no caso de alguns participantes da recolha online, apresentação de um $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, idade superior ou igual a 18 anos (ambos os sexos), ter nacionalidade portuguesa, aprovação médica para a sua participação e acuidade visual normal (ou corrigida para normal), estes dois últimos em específico para os casos de recolha de dados em contexto hospitalar. Os critérios de exclusão para este grupo passaram pela constatação de 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.

O grupo clínico é formado por 173 participantes, dos quais 137 pertencem ao sexo feminino e 36 ao masculino, com idades entre os 18 e os 69 anos ($M = 39.80$; $DP = 12.13$) e com média de escolaridade de 12.84 anos ($DP = 3.47$). No que respeita ao estado civil, 86 eram casados ou encontravam-se em união de facto, 63 solteiros, 20 divorciados ou separados e, por fim, os restantes 4 participantes eram viúvos. O grupo clínico apresenta um IMC médio de 35.28 kg/m^2 ($DP = 6.42$), e uma duração média da doença de 277.3 meses ($DP = 833.5$), o que equivale, aproximadamente, a 23 anos. Ao longo das análises

desenvolvidas, este grupo foi estudado tendo por base duas subcategorias: amostra clínica recolhida em contexto comunitário (n=102) e amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica (n=71).

Os critérios de inclusão para a amostra não clínica foram a existência de um IMC entre 18.5 e 24.9 kg/m², idade superior ou igual a 18 anos (ambos os sexos), ter nacionalidade portuguesa. Os critérios de exclusão deste grupo prenderam-se com a história atual ou anterior de doença médica ou psiquiátrica severa e uso atual de medicação psicotrópica.

Por sua vez, o grupo não clínico é formado por 143 intervenientes, concretamente por 110 mulheres e 33 homens, cujas idades se encontram compreendidas entre os 19 e os 72 anos (M = 40.20; DP = 13.70). Relativamente ao estado civil, 68 elementos deste grupo encontravam-se casados ou em união de facto, 57 solteiros, 14 numa situação de divórcio ou separação e 4 viúvos. A escolaridade neste grupo apresenta uma média de 13.45 anos (DP = 2.82). A média do IMC do grupo não clínico é de 21.86 kg/m² (DP = 1.80).

Foi realizado um emparelhamento prévio entre os participantes do grupo clínico e do grupo não clínico, garantindo-se, assim, a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre si ao nível das variáveis sociodemográficas.

1.2. Materiais

Do protocolo usado no projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”, do qual o presente trabalho faz parte, foram usados os seguintes instrumentos:

Body Appreciation Scale 2 (BAS-2). Este questionário de autorresposta (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; versão portuguesa de Lemoine et al., 2018) é composto por dez itens, cuja resposta corresponde a uma escala de Likert de cinco pontos, tendo opções de resposta equivalentes a 1= *nunca*, 2= *raramente*, 3= *às vezes*, 4= *frequentemente*, e 5= *sempre*. Este instrumento visa uma avaliação da aceitação corporal e das opiniões favoráveis e o respeito pelo corpo. Resultados superiores nesta escala equivalem a uma maior apreciação corporal. Na versão original desta escala (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a), a consistência interna (alfa de Cronbach de .97), a validade de construto (convergente, incremental e discriminante) e a estrutura fatorial unidimensional foram garantidas. A adaptação e respetiva validação da escala para a população portuguesa (Lemoine et al., 2018) teve asseguradas todas as propriedades psicométricas, verificando-se níveis muito bons de consistência interna tanto para o sexo masculino ($\alpha_{\text{masculino}} = .91$) e α_{feminino}

=.94). Neste estudo a consistência interna é considerada também muito boa (α grupo clínico = .94 e α grupo não clínico = .94).

Body Acceptance by Others Scale (BAOS). A BAOS (Avalos & Tylka, 2006; versão portuguesa de Barbosa et al., 2018), também é um questionário de autorrelato composto por 10 itens com uma escala de Likert de cinco pontos (1= *nunca*, 2= *raramente*, 3= *às vezes*, 4= *frequentemente*, e 5= *sempre*), que visa avaliar a aceitação percebida do corpo por outros. Resultados superiores nesta escala equivalem a uma maior percepção de aceitação do corpo por fontes externas. Na escala original (Avalos & Tylka, 2006) a consistência interna foi certificada com um alfa de Cronbach de .91, assim como na versão portuguesa (Barbosa et al., 2018) se assegurou a consistência interna com um alfa de Cronbach de .94 em amostras independentes de adolescentes e adultos. Neste estudo a consistência interna é, de igual modo, considerada muito boa (α grupo clínico = .93 e α grupo não clínico = .93).

Functionality Appreciation Scale (FAS). Esta escala, cuja versão original foi desenvolvida por Allewaert et al. (2017), propõe-se a estimar a apreciação da funcionalidade corporal. O questionário é composto por 7 itens com escala de Likert, que se encontra constituída pelas opções de resposta de *discordo totalmente* (1), *discordo* (2), *não concordo nem discordo* (3), *concordo* (4) e *concordo totalmente* (5), cujos resultados mais elevados equivalem a uma maior apreciação da funcionalidade do corpo. A escala teve a sua consistência interna garantida (α = .91), sendo de destacar que este instrumento ainda não foi validado para a população portuguesa. Neste estudo a consistência interna é, de igual forma, considerada muito boa (α grupo clínico = .88 e α grupo não clínico = .87).

Body Responsiveness Scale (BRS) A BRS (Daubenmier, 2005) é um questionário composto por 7 itens com uma escala de Likert de sete pontos (1= *nada verdadeiro a meu respeito*, 7= *muito verdadeiro a meu respeito*), que tem por finalidade a avaliação da responsividade do participante em dar resposta às suas sensações corporais, que determinam a tomada de decisão e o comportamento adotados pelo sujeito. Resultados superiores nesta escala equivalem a uma maior responsividade corporal. A escala teve a sua consistência interna garantida (α = .70), sendo que no presente estudo tal não se efetivou, apresentando para o grupo clínico um alfa de Cronbach de .56 e para o grupo não clínico de .66.

Questionário Sociodemográfico. As informações sociodemográficas e clínicas dos indivíduos foram recolhidas através de um breve questionário construído no âmbito do projeto de investigação do qual este trabalho faz parte. Questões sobre o sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, peso, altura e estado de saúde geral foram abordadas com os dois grupos. Especificamente para o grupo clínico, o questionário continha uma avaliação clínica mais detalhada sobre o estado de saúde, nomeadamente ao nível dos tratamentos, efeitos secundários e comportamentos alimentares.

1.3. Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados realizada online, tanto para o grupo clínico ou não clínico, e presencialmente em contexto hospitalar, apenas para o grupo clínico, iniciou-se com a exposição do consentimento informado ao participante, bem como toda a informação de relevo relativa ao projeto, no qual se integra o presente estudo. Após o sujeito ler os dados já mencionados, avançava para o protocolo.

O preenchimento do questionário era individualizado, sendo que, em contexto hospitalar, havia a possibilidade de esclarecer dúvidas que pudessem surgir no momento com o técnico que acompanhou a sua aplicação, enquanto no processo online essas questões podiam ser colocadas por email.

Atendendo ao contexto pandémico que marcou o período em que decorreu a realização deste estudo, a recolha de dados foi naturalmente afetada pelos constrangimentos decorrentes desta problemática mundial. Assim, a amostra utilizada para a presente investigação contém dados hospitalares recolhidos em anos anteriores por colegas integrantes do projeto.

O estudo teve o parecer positivo da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João (Parecer nº 301/18), da Santa Casa de Misericórdia do Porto (P.I. Nº 003/2019), da FPCEUP (Parecer nº 2028/12-6b) e da Avaliação de Impacto da Proteção de Dados da UP (AIP-UP).

1.4. Análise de Dados

Todos os dados recolhidos foram introduzidos e analisados no programa IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences), na versão 27.

Com auxílio dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*, procedeu-se à verificação do pressuposto de normalidade das variáveis, sendo que este não foi assegurado ($p < .05$) na faceta da apreciação corporal (BAS-2) para o grupo não clínico,

e na percepção da aceitação do corpo pelos outros (BAOS), apreciação da funcionalidade corporal (FAS) e responsividade (BRS) em ambos os grupos. Atendendo a que os valores de assimetria e curtose nestas variáveis respeitam os critérios de Kline (2005) de $|sk| < 3$; $|ku| < 7-10$, considerou-se que os dados se encontravam aptos para análise. Com o Teste de Levene verificou-se que em nenhuma das variáveis dos dois grupos, clínico e não clínico, a homogeneidade foi verificada ($p < .05$) (Levene, 1960).

Para a caracterização das amostras e das variáveis em estudo foram realizadas análises descritivas. Para as comparações entre grupos (amostra clínica de recolha comunitária, amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica e grupo não clínico) no que concerne às quatro facetas da IC Positiva, realizou-se *Anovas One Way*, tendo recorrido ao η^2 como indicador do tamanho do efeito, atentando aos valores estipulados pelo autor (Cohen, 1988), segundo os quais resultados $< .06$ são considerados de efeito reduzido, $> .06$ até $.14$ equivalem a efeito médio e, por fim, resultados $> .14$ correspondem a efeito grande.

Para as análises comparativas por sexo foi necessário selecionar uma subamostra de participantes do sexo feminino nos três grupos em estudo, uma vez que a razão dos tamanhos dos grupos feminino e masculino ultrapassava o valor de 1,5 (Stevens, 1996). Neste sentido, utilizando uma amostra mais pequena de participantes do sexo feminino, cuja seleção foi aleatória, procedeu-se à comparação por sexo no que concerne às facetas da IC Positiva, através de *teste t de student* para amostras independentes, e recorreu-se ao cálculo do *d de Cohen* como indicador do tamanho de efeito, atendendo-se aos valores estipulados pelo autor desse procedimento estatístico, sendo eles $.20$ (efeito pequeno), $.50$ (efeito moderado) e $.80$ (efeito grande) (Cohen, 1988). O Coeficiente de Correlação de Pearson (r) foi usado para analisar as associações entre as facetas da IC Positiva e as variáveis - idade, escolaridade e IMC, atendendo-se às diretrizes de interpretação das associações baseada nos seguintes pontos de corte: correlação fraca correspondente a um r entre $.10$ e $.29$, correlação moderada com r entre $.30$ e $.49$, e, por último, correlação forte com r entre $.50$ e 1 (Cohen, 1988).

2. Resultados

2.1. Análise Comparativa da IC Positiva entre a Amostra Clínica de Recolha Comunitária, Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e Grupo Não Clínico.

Foram realizadas *Anovas One Way* de forma a comparar os resultados totais das facetas da IC Positiva entre amostra clínica de recolha comunitária, amostra clínica de

candidatos a cirurgia bariátrica e grupo não clínico. Como é possível observar na Tabela 1, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as variáveis.

Em média, os participantes do grupo não clínico apresentam níveis significativamente superiores de apreciação corporal ($M=3.85$, $DP=.68$), percepção de aceitação do corpo pelos outros ($M=3.99$, $DP=.72$), funcionalidade ($M=4.34$, $DP=.51$) e responsividade ($M=4.66$, $DP=1.13$), seguindo-se da amostra clínica de recolha comunitária ($M=3.26$, $DP=.84$; $M=3.06$, $DP=.89$; $M=4.1$, $DP=.66$; $M=4.01$, $DP=.95$, respetivamente) e, por último, com as médias mais baixas, a amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica ($M=2.79$, $DP=.65$; $M=2.52$, $DP=.69$; $M=3.60$, $DP=.66$; $M=3.91$, $DP=.98$).

Tabela 1

Diferenças entre a Amostra Clínica de Recolha Comunitária, a Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e o Grupo Não Clínico ao nível da IC Positiva

	Amostra Candidatos M (DP)	Amostra Comunitária M (DP)	Grupo Não Clínico M (DP)	Z	gl	p*	eta ²
BAS-2	2.52 (.69)	3.06 (.89)	3.85 (.68)	54.33	2, 313	<.001	.26
BAOS	2.52 (.69)	3.06 (.89)	3.99 (.72)	96.54	2, 313	<.001	.38
FAS	3.60 (.66)	4.1 (.66)	4.34 (.51)	36.9	2, 313	<.001	.19
BRS	3.91 (.98)	4.01 (.95)	4.66 (1.13)	17.1	2, 307	<.001	.10

Nota. M – Média; DP – Desvio Padrão; gl – graus de liberdade; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS- Functionality Appreciation Scale; BRS – Body Responsiveness Scale

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

2.2. Análise Comparativa da IC Positiva por Sexo nas Amostra Clínica de Recolha Comunitária, Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e Grupo Não Clínico.

Realizou-se *testes t de student* para Amostras Independentes de forma a comparar os valores totais das facetas da IC Positiva entre sexo masculino e feminino nos três grupos em análise - amostra clínica de recolha comunitária, amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica e grupo não clínico.

Como é possível observar na Tabela 2, na amostra clínica de recolha comunitária não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino nas facetas da IC Positiva.

Tabela 2

Diferenças entre sexo ao nível da IC Positiva na Amostra Clínica de Recolha Comunitária

	Feminino M (DP)	Masculino M (DP)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i> *	<i>d</i>
BAS-2	3.13 (.80)	3.57 (.74)	-2.17	56, 49.79	.67	.78
BAOS	2.91 (.89)	3.21 (.93)	-1.23	56, 45.96	.89	.91
FAS	4.14 (.59)	4.03 (.61)	.66	56, 46.24	.85	.60
BRS	4.14 (.84)	3.81 (.73)	1.55	54, 49.54	.39	.79

Nota. M – Média; DP – Desvio Padrão; gl – graus de liberdade; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS- Functionality Appreciation Scale; BRS – Body Responsiveness Scale

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

Na amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica, foi possível constatar a presença de diferenças estatisticamente significativas na faceta da apreciação corporal, $t(31, 29.21) = -4.28$, $p = .04$, $d = .53$, como é possível verificar na Tabela 3. Assim, o sexo masculino apresenta médias mais elevadas ($M = 3.28$, $DP = .31$) do que as mulheres ($M = 2.46$, $DP = .64$). Nas facetas da percepção de aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e responsividade corporal não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres.

Tabela 3

Diferenças entre sexo ao nível da IC Positiva na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia Bariátrica

	Feminino M (DP)	Masculino M (DP)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i> *	<i>d</i>
BAS-2	2.46 (.64)	3.28 (.31)	-4.28	31, 29.21	.04	.53
BAOS	2.31 (.71)	2.61 (.79)	-1.10	31, 23.73	.31	.74
FAS	3.26 (.69)	3.79 (.49)	-2.57	31, 30.72	.15	.63
BRS	3.85 (.81)	4.15 (.81)	-1.03	29, 25.97	.54	.81

Nota. M – Média; DP – Desvio Padrão; gl – graus de liberdade; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS- Functionality Appreciation Scale; BRS – Body Responsiveness Scale

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

Por último, como é possível constatar na Tabela 4, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre sexo no grupo não clínico, na faceta da percepção de aceitação do corpo pelos outros, $t(81, 53.55) = .66$, $p = .01$, $d = .76$, com os homens a apresentarem médias superiores ($M = 3.92$, $DP = .90$) às das mulheres ($M = 4.03$, $DP = .65$). Nas restantes facetas (i.e., apreciação, funcionalidade e responsividade corporal) não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a amostra feminina e masculina.

Tabela 4

Diferenças entre sexo ao nível da IC Positiva no Grupo Não Clínico

	Feminino M (DP)	Masculino M (DP)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i> *	<i>d</i>
BAS-2	3.88 (.67)	4.07 (.68)	-1.29	81, 67.89	.93	.67
BAOS	4.03 (.65)	3.92 (.90)	.66	81, 53.55	.01	.76
FAS	4.36 (.48)	4.43 (.58)	-.58	81, 59.01	.21	.52
BRS	4.89 (1.19)	4.25 (.97)	2.71	81, 77.28	.19	1.11

Nota. M – Média; DP – Desvio Padrão; gl – graus de liberdade; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS- Functionality Appreciation Scale; BRS – Body Responsiveness Scale

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

2.3. Análise da Relação da IC Positiva e Idade, Escolaridade e IMC na Amostra Clínica de Recolha Comunitária, na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e no Grupo Não Clínico.

Os resultados da análise da relação entre as facetas da IC Positiva e as variáveis idade, escolaridade e IMC nos três grupos em análise, encontram-se expostos na Tabela 5.

No caso da amostra clínica de recolha comunitária, reconheceu-se a existência de correlações positivas estatisticamente significativas entre a apreciação corporal e a percepção de aceitação do corpo pelos outros ($r = .54$, $p < .01$), a funcionalidade ($r = .62$, $p < .01$) e a responsividade corporal ($r = .57$, $p < .01$), as três de magnitude elevada. Assim como uma relação significativa e positiva entre a percepção de aceitação do corpo pelos outros e a funcionalidade ($r = .35$, $p < .01$) e a responsividade corporal ($r = .39$, $p < .01$), ambas de magnitude moderada. A funcionalidade corporal e a responsividade corporal também se correlacionam de forma significativa ($r = .54$, $p < .01$), com magnitude elevada. Com as restantes variáveis, observa-se a presença de correlação estatisticamente significativa entre a funcionalidade corporal e a escolaridade, de magnitude baixa ($r = .29$, $p < .01$), e também a correlação negativa significativa entre a percepção de aceitação do corpo pelos outros e o IMC ($r = -.44$, $p < .01$).

Relativamente à amostra candidata a cirurgia bariátrica, a apreciação corporal revelou a presença de correlações estatisticamente significativas com a responsividade corporal, de magnitude moderada ($r = .49$, $p < .01$) e, de magnitude elevada, com a percepção de aceitação do corpo pelos outros ($r = .56$, $p < .01$) e funcionalidade corporal ($r = .54$, $p < .01$). A percepção de aceitação do corpo pelos outros nesta amostra apresentou correlações significativas, ainda que baixas, com a responsividade corporal ($r = .27$, $p < .05$) e moderada com a funcionalidade corporal ($r = .38$, $p < .01$). A funcionalidade e a responsividade corporal ($r = .34$, $p < .01$) registaram igualmente uma correlação significativa. Com as restantes variáveis, apenas se verificou nesta amostra uma correlação negativa significativa entre a percepção de aceitação do corpo pelos outros e o IMC ($r = -.31$, $p < .01$).

Finalmente, no grupo não clínico foi possível observar a presença de correlações estatisticamente significativas, de magnitude baixa, entre a apreciação corporal e a responsividade corporal ($r = .25$, $p < .01$), entre a percepção de aceitação do corpo pelos outros e a responsividade corporal ($r = .24$, $p < .01$) e, entre a funcionalidade e responsividade corporal ($r = .29$, $p < .01$). Além disto, existem correlações moderadas entre a funcionalidade corporal com a apreciação ($r = .46$, $p < .01$), assim como com a percepção de aceitação do corpo pelos outros ($r = .38$, $p < .01$). Comprova-se a presença de uma correlação positiva

elevada entre apreciação corporal e percepção de aceitação do corpo pelos outros ($r = .52$, $p < .01$). Relativamente às outras variáveis, verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a apreciação corporal e a idade ($r = .23$, $p < .05$), bem como uma correlação negativa entre o IMC e a responsividade corporal ($r = -.23$, $p < .01$).

Tabela 5

Correlações entre IC Positiva e Idade, Escolaridade e IMC na Amostra Clínica de Recolha Comunitária, na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e no Grupo Não Clínico.

	1	2	3	4	5	6	7
Grupo Recolha Comunitária							
1. BAS-2	1	.54**	.62**	.57**	.16	.16	-.17
2. BAOS	.54**	1	.35**	.39**	.05	-.03	-.44**
3. FAS	.62**	.35**	1	.54**	-.12	.29**	.01
4. BRS	.57**	.39**	.54**	1	.00	.19	-.14
5. Idade	.16	.05	-.12	.00	1	-.04	---
6. Escolaridade	.16	-.03	.29*	.19	-.04	1	---
7. IMC	-.17	-.44**	.01	-.14	---	---	1
Grupo Candidatos a Cirurgia							
1. BAS-2	1	.56**	.54**	.49**	.21	.00	-.23
2. BAOS	.56**	1	.38**	.27*	.18	.00	-.31**
3. FAS	.54**	.38**	1	.34**	.16	.19	-.22
4. BRS	.49**	.27*	.34**	1	.20	-.15	-.20
5. Idade	.21	.18	.16	.20	1	-.35**	---
6. Escolaridade	.00	.01	.19	-.15	-.35*	1	---
7. IMC	-.23	-.31**	-.22	-.20	---	---	1
Grupo Não Clínico							
1. BAS-2	1	.52**	.46**	.25**	.23*	-.02	.01
2. BAOS	.52**	1	.38**	.24**	-.03	-.04	-.01
3. FAS	.46**	.38**	1	.29**	-.04	-.01	-.11
4. BRS	.25**	.24**	.29**	1	-.15	-.01	-.23**
5. Idade	.23**	-.03	-.04	-.15	1	-.14	---
6. Escolaridade	-.02	-.04	-.01	-.01	-.14	1	---
7. IMC	.01	-.01	-.11	-.23**	---	---	1

Nota: BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS- Functionality Appreciation Scale; BRS – Body Responsiveness Scale; IMC – Índice de Massa Corporal

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

* Valores de $p < .05$; ** Valores de $p < .01$.

Discussão

No presente estudo procurou-se analisar a IC Positiva, através dos domínios da apreciação corporal (BAS-2), percepção de aceitação do corpo pelos outros (BAOS), funcionalidade corporal (FAS) e responsividade/autocuidado corporal (BRS), na sua relação com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade) e clínica (IMC) entre dois grupos: o não clínico, constituído por pessoas normoponderais, e o clínico, que se divide em duas categorias: amostra clínica recolhida em contexto comunitário e amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica.

Através da análise comparativa da IC Positiva entre a amostra clínica de recolha comunitária, a amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica e o grupo não clínico, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as facetas da IC Positiva. Este resultado confirma as hipóteses 1 e 2 inicialmente formuladas, revelando que, de uma forma global, os participantes com excesso de peso/obesidade apresentam uma IC Positiva inferior ao grupo de indivíduos normoponderais em todas as facetas em estudo, e, concretamente, que os candidatos a cirurgia bariátrica são os que apresentam uma IC Positiva inferior quando comparados com a restante amostra clínica recolhida em contexto comunitário e com o grupo não clínico. Os resultados, indo ao encontro da literatura, sugerem o impacto que o sobrepeso tem na forma como os indivíduos percebem e vivenciam o seu corpo (Annis et al., 2004; Behzadipour et al., 2017; Grilo et al., 2005; Rosenberger et al., 2006; Yilmaz et al., 2019). Annis et al. (2004) explicam este fenómeno como consequência direta do contexto em que os indivíduos se inserem, o qual promove a internalização de uma autoconceção depreciativa, sendo, por isso, que se constata que pessoas que não vão ao encontro dos padrões de beleza estipulados pela sociedade tendam a avaliar o seu corpo e a sua aparência de forma mais negativa, por comparação a indivíduos normoponderais.

De igual modo, o facto de os candidatos a cirurgia bariátrica tenderem a apresentar uma condição clínica mais grave tanto ao nível orgânico, como psicológico e social, por comparação a grupos de controlo e até a pacientes com obesidade, que não são candidatos ao procedimento cirúrgico, (Behzadipour et al., 2017; Kubik et al., 2013; Pataky et al., 2011; van Hout & van Heck, 2009), explica os resultados obtidos no presente estudo. Tal como referido no enquadramento teórico, a literatura mostra que pacientes com obesidade mórbida, candidatos a cirurgia bariátrica, revelam níveis superiores de sofrimento

psicológico, perturbações do humor, alimentares ou da personalidade, problemas ligados ao álcool e baixa autoestima, por comparação a outros indivíduos com obesidade que não procuram este tratamento ou a sujeitos normoponderais (Kubik et al., 2013; Pataky et al., 2011; Sarwer et al., 2010). Assim, os resultados observados vão ao encontro da literatura, de acordo com a qual os candidatos a cirurgia bariátrica encontram-se particularmente suscetíveis a apresentar uma IC Positiva inferior, como consequência da relação negativa desta componente com o IMC mais elevado (Ahadzadeh et al., 2018; Duarte et al., 2015; Schwartz & Brownell, 2004). Os dados obtidos também podem estar associados a indicadores característicos em pessoas nesta condição, como são exemplos a dificuldade acrescida na valorização do corpo além do peso e forma, a incapacidade de regular emoções, os comportamentos de culpabilização, catastrofização, e a externalização do locus de controlo (Nejati et al., 2017).

No entanto, importa ressaltar que níveis baixos de IC Positiva, em pessoas com excesso de peso/obesidade, não equivale necessariamente a uma menor autoestima ou maior mal estar. Razmus (2018) com o seu estudo, que visava explorar a apreciação corporal e orgulho relacionado com o corpo, comparando sujeitos normoponderais e pessoas com excesso de peso/obesidade, concluiu que os dois grupos apresentavam valores similares ao nível da autoestima e medidas de afeto positivas, apesar das diferenças da IC Positiva. Estes dados remetem para o facto de disparidades entre os dois grupos no que concerne a IC não poderem ser explicados unicamente com base no bem-estar dos participantes, o que, consequentemente, reforça a premissa de que uma perspetiva menos positiva acerca do corpo não corresponde obrigatoriamente a uma posição mais negativa acerca de si próprio (Razmus, 2018). Tal como o autor sugere, haverá outros fatores, tanto clínicos (por exemplo, presença/ausência de comorbilidade físicas) como sociodemográficas (a título de exemplo, estar ou não num relacionamento amoroso) que poderão desempenhar um papel protetor ou de risco para o bem-estar e para o desenvolvimento de uma IC Positiva.

No que respeita às variáveis sociodemográficas, concretamente à variável sexo, neste estudo foi apenas possível a validação parcial da hipótese 3, que sustentava que o sexo feminino apresentaria uma IC Positiva inferior à do sexo masculino nas facetas da IC Positiva, nos três grupos em estudo. Esta hipótese foi parcialmente confirmada na amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica, na qual o sexo masculino apresentou valores significativamente superiores ao feminino na faceta da apreciação corporal. Nas restantes facetas, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas, as médias dos homens são também mais elevadas do que as das mulheres. No grupo não clínico também

se observou a presença de diferenças estatisticamente significativas na faceta da percepção da aceitação do corpo pelos outros, apresentando aqui, em contraposição, as mulheres os resultados mais elevados. Nas restantes facetas, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas, as médias do sexo feminino também são mais elevadas do que as do sexo masculino ao nível da responsividade corporal.

Os dados observados na amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica vão ao encontro da literatura, que demonstra claramente que o sexo feminino tende a apresentar uma insatisfação corporal e sofrimento associado superior ao sexo masculino (Annis et al., 2004; Grilo et al., 2005; Mendes et al., 2021). Todavia, Alves et al. (2009) ressaltam que existe um número diminuto de estudos nesta área focalizados no sexo masculino e, por isso, muitas vezes as investigações desvalorizam a crescente presença de perturbações alimentares e insatisfação corporal nos homens. Vários autores, que se debruçaram sobre esta análise (Francisco et al., 2012; Smolak et al., 2001), salientam que, tanto no sexo masculino como no feminino, as bases da insatisfação corporal são idênticas, sendo que a diferença reside no facto de as mulheres, por estarem infelizes com o peso, desejam a magreza, enquanto os homens ambicionam a musculatura, por estarem descontentes com a forma, o que pode se especular ser a motivação do surgimento dos resultados observados no grupo não clínico, estando as duas circunstâncias a ser impulsionadas pelas imposições sociais de beleza. Importa realçar que o tamanho reduzido da amostra masculina neste estudo impossibilitou análises estatísticas mais robustas e generalizáveis.

Relativamente à idade, constatou-se unicamente uma correlação positiva e significativa entre esta variável com a apreciação corporal no grupo não clínico, confirmando, assim, apenas parcialmente a hipótese 4. Este resultado é corroborado por outros estudos que sugerem que, em pessoas normoponderais, à medida que a idade avança constata-se um aumento paralelo da apreciação corporal (Tiggemann, 2004; Tiggemann & McCourt, 2013). No estudo de Tiggemann & McCourt (2013), os autores concluíram que apenas o grupo de mulheres com mais de 50 anos tinha uma apreciação corporal superior aos outros grupos etários. Atribuíram este fenómeno ao facto de nesta faixa etária as mulheres já serem aceitantes que o seu corpo não vá ao encontro dos ideais definidos pela sociedade e sejam, por isso, mais capazes de aderir à sua figura como é (Tiggemann & McCourt, 2013). Este facto também foi corroborado no estudo de Becker et al. (2019), no qual o grupo etário com idades superiores a 61 anos se destacou por demonstrar diferenças significativas ao nível da IC Positiva. Apesar de múltiplos estudos evidenciarem a manutenção das preocupações e insatisfação com a IC ao longo da vida (Lamb et al., 1993;

Tiggemann, 2004), parece ser consensual que, com o avançar da idade, as pessoas tendem a adotar expectativas mais realistas, a valorizar o seu corpo, a sua funcionalidade e potencial, otimizar as suas capacidades e estimar a saúde, bem como se constata que a importância associada à aparência física diminui (Francisco et al., 2012; Meneses, 2017).

A escassez de correlações estatisticamente significativas entre as facetas da IC Positiva (apreciação corporal, percepção de aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e responsividade corporal) e a idade em amostra clínica na literatura pode, como sugerido noutros estudos, ser resultado do facto de esta variável sociodemográfica não apresentar uma relação especialmente significativa com a IC Positiva nestas condições clínicas (Castro, 2019; Ferreira et al., 2011; Saur & Pasian, 2008; Swami et al., 2017; Tiggemann & McCourt, 2013). Possivelmente as facetas da IC Positiva em condições de doença com consequências demarcadas no corpo, como é o caso do excesso de peso/obesidade, apresentam uma relação mais estável com outras variáveis sociodemográficas que influenciam o seu desenvolvimento de modo mais impactante, como se especula poder ser o caso das relações amorosas. Razmus (2018), no seu estudo com uma amostra de 344 sujeitos, dos quais 215 normoponderais e 129 com excesso de peso/obesidade, demonstrou que as relações amorosas detêm um papel protetor para a IC Positiva, o que se pode relacionar com a aceitação incondicional por parte de uma figura importante, independentemente da forma, peso ou outros defeitos percebidos pelo próprio. É de ressaltar que a forma como a informação sobre esta variável foi recolhida no presente estudo inviabilizou a sua inclusão nas análises. O uso das categorias do estado civil (solteiro, casado/união de facto, divorciado/separado, viúvo) não permitiria assegurar uma avaliação correta sobre a vivência ou não de uma relação amorosa no momento presente dos participantes.

No que concerne à escolaridade, apenas na amostra clínica de recolha comunitária se observou a existência de uma correlação estatisticamente significativa com a funcionalidade corporal, ainda que com magnitude baixa. Novamente, confirmou-se apenas parcialmente a hipótese 5, que estabelecia uma correlação positiva entre as facetas da IC Positiva e os níveis de escolaridade nos três grupos em análise. Atendendo à escassez de estudos que relacionem esta variável sociodemográfica com a IC Positiva, esta análise apresenta-se como exploratória, devendo ser dada continuidade à mesma em estudos posteriores. Existe, contudo, vasta literatura acerca da relação estabelecida entre a obesidade e a escolaridade, no sentido em que quanto maior o nível de escolaridade do próprio e dos que o rodeiam, menor será a probabilidade de este desenvolver a condição clínica de obesidade, estando este fenómeno diretamente associado ao acesso facilitado a informação sobre saúde,

compreensão dos riscos e aumento do autocontrolo e consistência de escolhas (Aranceta et al., 2001; Fuentes et al., 2020; Maruf & Udoji, 2015; Sassi et al., 2009). Assim, poder-se-ia extrapolar que, havendo também a relação estabelecida entre a obesidade e IC Positiva, na medida em que pessoas com excesso de peso/obesidade apresentam uma IC Positiva inferior a sujeitos normoponderais (Annis et al., 2004; Behzadipour et al., 2017; Grilo et al., 2005; Rosenberger et al., 2006; Yilmaz et al., 2019), pessoas com maior escolaridade e, como explica a literatura, com menor propensão para a presença da patologia em estudo, estariam, de igual modo, protegidas por uma IC Positiva mais elevada (Aranceta et al., 2001; Sassi et al., 2009; Tzotzas et al., 2010).

Importa ainda referir que, apesar de garantida a equivalência entre grupo clínico e não clínico relativamente ao nível de escolaridade no momento de preenchimento dos questionários, uma possível influência para a ausência de resultados estatisticamente significativos que fossem ao encontro da hipótese formulada no presente estudo poderá estar relacionada diretamente com o facto da amostra clínica de recolha comunitária de participantes com excesso de peso/obesidade apresentar uma média superior de escolaridade à amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica e ao grupo não clínico ($M=14.2$, $DP=3.14$; $M=10.9$, $DP=2.98$; $M=13.45$, $DP=2.82$, respetivamente).

Finalmente, a análise da relação da IC Positiva e o IMC permitiu-nos confirmar parcialmente a hipótese 6. Esta relação negativa surge como significativa nos três grupos em análise, mas não para todas as facetas da IC Positiva. Contatou-se, assim, tanto na amostra clínica recolhida em contexto comunitário como nos candidatos a cirurgia bariátrica, uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o IMC e a perceção de aceitação do corpo pelos outros, ou seja, quanto mais alto o IMC pior a avaliação que os sujeitos fazem da forma como o outro percebe o seu corpo. Swami et al. (2021) concluíram que uma perceção de aceitação do corpo pelos outros superior facilitava a aceitação corporal, tendo por base a valorização do modo como o corpo funciona e as sensações que promove, em alternativa ao seu aspeto. Os autores destacam que, por contraposição, os indivíduos com baixa IC Positiva apresentam uma dificuldade acrescida para desenvolver essas competências de aceitação corporal e tendem a não se envolver em interações sociais, que lhes daria acesso ao feedback de outras pessoas, o que, consequentemente, os coloca num ciclo de baixa perceção de aceitação pelos outros. Pode-se, assim, considerar que as correlações negativas obtidas na relação do IMC com a perceção de aceitação do corpo pelos outros nas duas amostras que compõem o grupo clínico possa estar relacionada com as pressões sociais impostas. Geralmente, aqueles que se aproximam das conceções de beleza

impostas culturalmente tendem a apresentar uma percepção de aceitação do corpo pelos outros superior, por comparação aqueles que não vou ao encontro dessas imposições (Swami et al., 2021), como é o caso de indivíduos em condição de excesso de peso/obesidade.

Já no grupo não clínico, esta relação negativa ocorreu entre o IMC e a responsividade corporal, o que se traduz no princípio de que quanto maior o IMC menor a responsividade corporal/autocuidado dos indivíduos. Atendendo à baixa consistência interna da escala em causa (BRS), é fundamental um cuidado acrescido na interpretação destes dados, bem como no potencial de generalização dos mesmos.

Ainda assim, esta relação negativa entre IMC e IC Positiva seria algo de esperar, de acordo com a literatura. Schwartz & Brownell (2004) explicitaram que esta associação está diretamente ligada ao facto de a interação entre IC e IMC constituir um fator de risco para o desenvolvimento de uma IC Negativa e redução da IC Positiva. Winter et al. (2018), corroboram estes dados ao explanarem que um IMC superior se encontrava diretamente relacionado com um aumento da insatisfação corporal e diminuição da IC Positiva. Portanto, a insatisfação corporal é superior em sujeitos com um IMC maior, como é o caso das pessoas com excesso de peso/obesidade do que em normoponderais (Weinberger et al., 2016), contudo, havendo a relação negativa estabelecida entre IMC e IC Positiva, pode-se extrapolar que os dados obtidos no grupo não clínico remetam para esse facto, sendo, assim, essencial que este fenómeno seja aprofundado em estudos futuros.

No entanto, será de salientar que, em virtude das análises desenvolvidas por grupo, ao se explorar a relação entre a IC Positiva e o IMC pode ter ocorrido, como consequência, uma redução da amplitude dos dados ao nível do IMC em cada grupo estudado. Esta homogeneidade entre os grupos poderá constituir um fator explicativo da ausência de mais correlações estatisticamente significativas entre as facetas da IC Positiva e o IMC, devido, como já foi mencionado previamente, à pouca variabilidade de dados presente em cada grupo.

Conclusão

Atendendo à escassez de estudos acerca da IC Positiva na condição clínica da obesidade, a presente análise revela-se de particular pertinência, pois desenvolveu-se um humilde contributo para esta nova área da psicologia da saúde, que, presentemente, se encontra ainda bastante desprovida de estudos no contexto clínico, explorando, deste modo, variáveis inovadoras neste campo de investigação científica.

Percebe-se que a insatisfação corporal tende a ser superior em pessoas com excesso de peso/obesidade, por comparação a sujeitos normoponderais, visto existir uma pressão social acrescida, resultante da associação da condição clínica em análise a uma falha ou defeito (Schwartz & Brownell, 2004).

Com esta investigação foi exequível depreender que os resultados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da IC Positiva entre pessoas com excesso de peso/obesidade e sujeitos normoponderais. Sendo os casos mais graves da doença, que se incluem no grupo de candidatos a cirurgia bariátrica, a apresentarem os resultados mais baixos. E destes, as mulheres a assumirem os piores valores.

No grupo clínico, a escolaridade e o IMC revelam ter um papel importante no modo como se relacionam com as facetas da IC Positiva, nomeadamente com a avaliação da funcionalidade corporal, e com a perceção de aceitação do corpo pelos outros.

Apesar do indispensável contributo para a investigação da IC Positiva, o presente estudo abrangeu algumas limitações. A primeira, a necessidade de se proceder a recolha de dados online, por consequência do contexto pandémico, levou a que o peso e a altura foram reportados pelos participantes, o que pode estar suscetível a irregularidades com a verdade. A segunda, a desejabilidade social também pode ter surtido efeitos ao nível da veracidade dos dados obtidos, pois as pessoas têm tendência a adotar uma perspetiva mais positiva acerca do seu corpo, por considerarem ser o que é expectável e o politicamente correto. A terceira, a extensão do protocolo poder ter originado cansaço e frustração, o que, consequentemente, pode ter afetado a legitimidade das respostas obtidas. A quarta, a discrepância na dimensão amostral entre participantes do sexo feminino e masculino, que implicou a seleção de uma subamostra de participantes do sexo feminino nos três grupos em estudo e impossibilitou a realização de análises estatísticas mais robustas e generalizáveis. A quinta, no que concerne o estado civil, que se tornou inviável de ser analisado, por se

constatar uma diferença significativa na dimensão amostral entre as várias categorias que integravam a variável (solteiro, casado/união de facto, divorciado/separado, viúvo), assim como a limitação da forma como a questão estava formulada e, por esse motivo, não ser possível assegurar que os solteiros, divorciados/separados e viúvos não se encontram numa relação amorosa, o que é verdadeiramente o fator a considerar nesta análise relacional com bastante pertinência a ser explorada em investigações futuras. A sexta, a consistência interna reduzida do questionário BRS impulsionou um cuidado acrescido na interpretação dos dados observados e na capacidade de generalização dos mesmos. A sétima, e última limitação, o facto de a homogeneidade entre grupos poder ter constituído um fator explicativo da ausência de mais correlações estatisticamente significativas entre as facetas da IC Positiva e o IMC, devido à pouca variabilidade de dados presente em cada grupo.

Torna-se, assim, fundamental que estudos futuros adotem uma abordagem de análise longitudinal, por forma a se estudar o impacto da cirurgia bariátrica na IC Positiva em indivíduos com excesso de peso/obesidade. Para além disso, seria essencial dar continuidade à investigação da relação da IC Positiva nesta condição com as variáveis sociodemográficas, por forma a se poder estabelecer ligações mais seguras entre estas facetas na relação com a escolaridade, que, por base na escassa literatura encontrada sobre o tema, foi analisada de forma exploratória neste estudo. De igual forma, como mencionado previamente, uma análise ajustada da interação entre IC Positiva e as relações amorosas em pessoas com excesso de peso/obesidade seria um contributo de particular utilidade para o conhecimento nesta área de estudo. Por fim, também se sugere a exploração da relação entre a IC Positiva e o sexo numa condição amostral significativa, que permita a generalização dos resultados obtidos.

O presente estudo detém como contributo para a prática da psicologia a denotação da importância da promoção de uma intervenção potenciadora de uma IC Positiva nos grupos mais vulneráveis, que, com as análises realizadas, se compreende serem, de forma transversal, pessoas com IMC elevado, mas, principalmente, os candidatos a cirurgia bariátrica, e, ainda, as mulheres. Destaca-se a particular vulnerabilidade dos sujeitos com elevado IMC no que concerne a apreciação e responsividade corporal, bem como, tanto no que se refere ao sexo feminino como aos candidatos a cirurgia bariátrica, se ressalva os notórios fracos resultados comuns às quatro facetas da IC Positiva – apreciação corporal, perceção de aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e responsividade corporal.

Deste modo, atendendo à fragilidade emocional e suscetibilidade para o desenvolvimento de perturbações alimentares evidenciado pela amostra de candidatos a

cirurgia bariátrica, evidencia-se o relevo em se intervir pré e pós intervenção cirúrgica nestes sujeitos. A psicoeducação associada à promoção da aquisição de estratégias potenciadoras da responsividade/autocuidado corporal permitiria combater alguns dos problemas orgânicos que são mantidos (por exemplo, hábitos alimentares disruptivos), destacando-se como principais efeitos positivos da promoção de uma alimentação intuitiva (i.e., ingestão alimentar guiada pelas necessidades biológicas) as notórias melhorias ao nível dos hábitos alimentares, relação com a alimentação e aceitação da imagem corporal (Barbosa et al., 2020; Beintner et al., 2019). Assim, depreende-se que os impactos positivos ao nível emocional, psicológico e físico decorrentes da promoção das competências de responsividade/autocuidado corporal em candidatos a cirurgia bariátrica permitiriam não só o desenvolvimento de uma relação de qualidade com a alimentação, como também melhorar a relação com o próprio corpo e, consequentemente, aumentar a IC positiva das pessoas nesta condição

Em suma, sendo escassa a literatura em respeito à IC Positiva na população clínica em análise, pessoas com excesso de peso/obesidade, este estudo revela-se de particular relevo, por incorporar estas variáveis no domínio da investigação. Posto isto, é essencial que se mantenha os estudos nesta área de conhecimento, por forma a se continuar o aprofundamento da aquisição de aprendizagens acerca desta temática e propostas de intervenção na mesma.

Referências Bibliográficas

- Ahadzadeh, A. S., Rafik-Galea, S., Alavi, M., & Amini, M. (2018). Relationship between body mass index, body image, and fear of negative evaluation: Moderating role of self-esteem. *Health Psychology Open*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.1177/2055102918774251>
- Alleva, J. M., Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body Image*, 23, 28-44. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.008>
- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5(1), 1-20. [https://doi.org/10.6063/motricidade.5\(1\).184](https://doi.org/10.6063/motricidade.5(1).184)
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). Predictors and health-related outcomes of positive body image in adolescent girls: A prospective study. *Development Psychology*, 52(3), 463-474. <https://doi.org/10.1037/dev0000095>
- Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1(2), 155-167. <https://doi-org./10.1016/j.bodyim.2003.12.001>
- Aranceta, J., Perez-Rodrigo, C., Serra-Majem, L., Ribas, L., Quiles-Izquierdo, J., Vioque, J., Foz, M., & Spanish Collaborative Group for the Study of Obesity. (2001). Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO'97 Study. *European journal of clinical nutrition*, 55(6), 430-435. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601189>
- Avalos, L. C., & Tylka, T. L. (2006). Exploring a Model of Intuitive Eating With College Women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 486-497. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.486>
- Bailey, K. A., Gammage, K. L., & Ingen, C. (2017). How do you define body image? Exploring conceptual gaps in understandings of body image at an exercise facility. *Body Image*, 23, 69-79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.08.003>

- Barbosa, M., Penaforte, F. R. O., & Silva, A. F. S. (2020). Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(3), 118-135. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165262>
- 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.
- Becker, C. B., Verzijl, C. L., Kilpela, L. S., Wilfred, S. A., & Stewart, T. (2019). Body image in adult women: Associations with health behaviors, quality of life, and functional impairment. *Journal of Health Psychology*, 24(11), 1536-1547. <https://doi.org/10.1177/1359105317710815>
- Behzadipour, N., Hosseinifard, S. M., & Shabouni, Z. (2017). The Comparison of Quality of Life and Hope in Obese Women with and without Diet Therapy. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 9(3), 126-131.
- Beintner, I., Emmerich, O. L. M., Vollert, B., Taylor, C. B., & Jacobi, C. (2019). Promoting positive body image and intuitive eating in women with overweight and obesity via an online intervention: Results from a pilot feasibility study. *Eating Behaviors*, 34, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101307>
- Biedert, E., & Margraf, J. (2004). Psychosocial aspects of obesity in Hofbauer, K. G., Keller, U., & Boss, O. (2004). *Pharmacotherapy of obesity: Options and Alternatives* (119-138). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9780203508756>
- Bray, I., Slater, A., Lewis-Smith, H., Bird, E., & Sabey, A. (2018). Promoting positive body image and tackling overweight/obesity in children and adolescents: A combined health psychology and public health approach. *Preventive Medicine*, 116, 219-221.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 3–11). The Guilford Press.
- Castro, T. L. A. S (2019). A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva na obesidade. [Dissertação de Mestrado Não Publicada]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Changulani, M., Kalairajah, Y., Peel, T., & Field, R. E. (2008). The relationship between obesity and the age at which hip and knee replacement is undertaken. *The Bone & joint Journal*, 90(3), 360-363.

- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Daubenmier, J. J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 207-219. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00183.x>
- Demarest, J., & Allen, R. (2010). Body Image: Gender, Ethnic, and Age Differences. *The Journal of Social Psychology*, 140(4), 465-472. <https://doi.org/10.1080/00224540009600485>
- Dinsa, G. D., Goryakin, Y., Fumagalli, E., & Suhrcke, M. (2012). Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. *Obesity Reviews*, 13, 1067-1079. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2012.01017.x>
- Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I. A., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 754-764. <https://doi.org/10.1177/1359105315573438>
- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (2012). (In)Satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: Contributo para o processo de validação da Contour Drawing Rating Scale. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 34(1), 61-88.
- 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.
- Foster, D., Sanchez-Collins, S., & Cheskin, L. J. (2017). Multidisciplinary team-based obesity treatment in patients with diabetes: Current practices and the state of the science. *Diabetes Spectrum Journals*, 30(4), 244-249. <https://doi.org/10.2337/ds17-0045>
- Foster, D., Wadden, T. A., & Vogt, R. A. (1997). Body image in obese women before, during and after weight loss treatment. *Health Psychology*, 16(3), 226-229. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.16.3.226>
- Fuentes, S., Brondeel, R., Franco, M., Sureda, X., Traissac, P., Cleary, L. K., & Chaix, B. (2020). Psycho-social factors related to obesity and their associations with socioeconomic characteristics: the record study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 533-543. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-00638-9>

- Gattario, K. H., & Frisé, A. (2019). From negative to positive body image: Men's and women's journeys from early adolescence to emerging adulthood. *Body Image*, 28, 53-65. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.002>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.01.002>
- Gouveia, M. J., Frontini, R., Canavarro, M.C., & Moreira, H. (2014). Quality of life and psychological functioning in pediatric obesity: The role of body image dissatisfaction between girls and boys of different ages. *Quality of Life Research*, 23(9), 2629-2638. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0711-y>
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Brody, M., Burke-Martindale, C. H., & Rothschild, B. S. (2005). Binge Eating and Self-Esteem Predict Body Image Dissatisfaction among Obese Men and Women Seeking Bariatric Surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 347-351. <https://doi.org/10.1002/eat.20130>
- Grogan, S. (2006). Body Image and Health: Contemporary Perspectives. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 523-530. <https://doi.org/10.1177/1359105306065013>
- Jain, P., & Tiwari, G. K. (2016). Positive Body Image and General Health: A Mixed Methods Study. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(76), 33-51. <https://doi.org/10.25215/0476.003>
- Jumbe, S., Hamlet, C., & Meyrick, J. (2017) Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. *Current Obesity Reports*, 6(1), 71-78. <http://dx.doi.org/10.1007/s13679-017-0242-2>
- Karasu, S. R. (2012). Of Mind and Matter: Psychological Dimensions of Obesity. *American Journal of Psychotherapy*, 66(2), 111-128. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2012.66.2.111>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Press.
- Koff, E., Rierdan, J., & Stubbs, M. L. (1990). Gender, Body Image, and Self-Concept in Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 10(1), 56-68. <https://doi.org/10.1177/0272431690101004>
- Kubik, J. F., Gill, R. S., Laffin, M., & Karmali, S. (2013). Review article: The impact of bariatric surgery on psychological health. *Journal of Obesity*, 2013, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2013/837989>

- Lamb, C. S., Jackson, L. A., Cassiday, P. B., & Priest, D. J. (1993). Body Figure Preferences of Men and Women: A Comparison of Two Generations. *Sex Roles*, 28(5-6), 345-358. <https://doi.org/10.1007/BF00289890>
- Lee, D. W., Kim, S., & Cho, D. Y. (2013). Obesity-Related Quality of Life and Distorted Self-Body Image in Adults. *Applied Research Quality Life*, 8, 87-100. <https://doi.org/10.1007/s11482-012-9174-x>
- 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. <https://doi.org/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.
- Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be prevented?. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(1), 51-66. <https://doi.org/10.1023/A:1022266017046>
- Madureira, S. C. (2011). *Obesidade Infantil: Um problema não percebido pelos pais estudo da percepção materna do estado nutricional e do comportamento alimentar dos filhos [Dissertação de Mestrado Não Publicada]*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Maggard, M. A., Shugarman, L. R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugarman, H. J., Livingston, E. H., Nguyen, N. T., Zhaoping, L., Mojica, W. A., Hilton, L., Rhodes, S., Morton, S. C., & Shekelle, P.G. (2005). Meta-analysis: Surgical treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142(7), 547-559. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-7-200504050-00013>
- 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. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-90>
- Maruf, F. A., & Udoji, N. V. (2015). Prevalence and Socio-Demographic Determinants of Overweight and Obesity in a Nigerian Population. *Journal of Epidemiology*, 25(7), 475-481. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20140099>

- Meland, E., Haugland, S., & Breidablik, H. (2007). Body image and perceived health in adolescence. *Health Education Research*, 22(3), 342-350.
<https://doi.org/10.1093/her/cyl085>
- Mendes, J., Amaral, F., Moniz, C., Câmara, S., & Medeiros, T. (2021). Imagem corporal e autoestima em homens estudantes universitários. *Revista Portuguesa de Psicologia da Aparência*, 1(1), 5-22. <https://doi.org/10.52014/rppa.v1.i1.2021.14>
- Meneses, L. B. M. S. (2017). A imagem corporal positiva nos mais velhos: Proposta de um modelo integrativo. [Dissertação de Mestrado Não Publicada]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Minniti, A., Bissoli, L., Francesco V. D., Olivieri, M., Mandragona, R., Mazzali, G, Redisori, L., Zamboni, M., & Bosello, O. (2004). The relationship between body image and quality of life in treatment-seeking overweight women. *Eating and Weight Disorders*, 9(3), 206-210. <https://doi.org/10.1007/BF03325068>
- Neagu, A. (2015). Body Image: A Theoretical Framework. *Proc. Rom. Acad.*, 17(1), 29-38.
- 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.
<https://doi.org/10.18869/acadpub.jrh.7.3.826>
- Newton, S., Braithwaite, D., & Akinyemiju, T. F. (2017). Socio-economic status over the life course and obesity: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(5), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177151>
- Pataky, Z., Carrard, I., & Golay, A. (2011). Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Current Opinion in Gastroenterology*, 27(2), 167-173.
<http://dx.doi.org/10.1097/MOG.0b013e3283422482>
- Rankin, J., Matthews, L., Cobley, S., Han, A., Sanders, R., Wiltshire, H. D., & Baker, J. S. (2016). Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 7, 125–146.
<https://doi.org/10.2147/AHMT.S101631>
- Razmus, M. (2018). Body appreciation and body-related pride in normal-weight and overweight/obese individuals: Does romantic relationship matter?. *Perspect Psychiatric Care*, 55(3), 1-7. <https://doi.org/10.1111/ppc.12343>

- 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. <https://doi.org/10.1037/dev0000013>
- Rosenberger, P.H., Henderson, K. E., & Grilo, C. M. (2006). Correlates of Body Image Dissatisfaction in Extremely Obese Female Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery*, 16, 1331-1336. <https://doi.org/10.1381/096089206778663788>
- Rossner, S. (2002). Pregnancy and weight gain. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 445–448). The Guilford Press.
- Sabiston, C. M., Mack, D. E., & Crocker, P. R. E. (2007). Social psysique anxiety in adolescence: An exploration of influences, coping strategies, and health behaviors. *Journal of Adolescent Research*, 22(1), 78-101. <https://doi.org/10.1177/0743558406294628>
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H. Raper, S. E., & Williamns, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(6), 608-614. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2010.07.015>
- Sassi, F., Devaux, M., Church, J., Cecchini, M., & Borgonovi, F. (2009). Education and Obesity in Four OECD Countries. OECD Health Working Papers Series, 39, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5km4psmtn8zx-en>
- Saur, A. M., & Pasian, S. R. (2008). Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 199-209.
- 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)
- Silva, C., & Faro, A. (2015). Significações relacionadas à cirurgia bariátrica: Estudo no pré e pós-operatório. *Salud & Sociedad*, 6(2), 156-169. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2015.0002.00004>
- 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://doi.org/10.15309/14psd150312>

- Smolak, L., Levine, M. P., & Thompson, J. K. (2001). The use of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire with middle school boys and girls. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 216-223. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200103\)29:2<216::aid-eat1011>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200103)29:2<216::aid-eat1011>3.0.co;2-v)
- Stapleton, P., Spinks, T., & Carter, B. (2020). Psychological Determinants of Continued Obesity One-Year Postbariatric Surgery. *Psychological Reports*, 123(4), 1044-1063. <https://doi.org/10.1177/0033294119844983>
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Swami, V., Todd, J., Stieger, S., Furnham, A., Horne, G., & Tylka, T. L. (2021). Body acceptance by others: Refinement of the construct, and development and psychometric evaluation of a revised measure – The Body Acceptance by Others Scale-2. *Body Image*, 36, 238-253. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.007>
- 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. <https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1392278>
- 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* (pp. 56–64). The Guilford Press.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*, 1(1), 29-41. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00002-0)
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624-627. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>

- Tzotzas, T., Vlahavas, G., Papadopoulou, S. K., Kapantais, E., Kaklamanou, D., & Hassapidou, M. (2010). Marital status and educational level associated to obesity in Greek adults: data from the National Epidemiological Survey. *BMC Public Health*, 10, 732-740. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-732>
- Van Hout, G., & Van Heck, G. (2009). Bariatric Psychology, Psychological Aspects of Weight Loss Surgery. *Obesity Facts*, 2, 10-15. <http://dx.doi.org/10.1159/000193564>
- Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity*, 28(10), 1333-1337. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802730>
- Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 421-440. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2005.04.006>
- Weinberger, N., Kersting, A., Riedel-Heller, A. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Facts*, 9(6), 424-441. <https://doi.org/10.1159/000454837>
- Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2011). Body Image Development in Adolescent Girls. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 76–84). The Guilford Press
- Winter, V. R., Combs, K. M., & Ward, M. (2018). An investigation of the association between foster care, body image, and BMI: A propensity score analysis. *Children and Youth Services Review*, 84, 82-85. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.021>
- World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. World Health Organization. Suíça, Genebra.
- World Health Organization (2020). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yilmaz, F. T., Kumsar, A. K., & Demirel, G. (2019). The effect of body image on sexual quality of life in obese married women. *Health Care for Women International*, 40(4), 479-492. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1542432>

Zutven K., Mond J., Latner J., & Rodgers, B. (2015). Obesity and psychosocial impairment: Mediating roles of health status, weight/shape concerns and binge eating in a community sample of women and men. *International Journal of Obesity*, 39(2), 346–352. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.100>