

MESTRADO INTEGRADO  
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

# **Imagem Corporal Positiva e Personalidade no Excesso de Peso e Obesidade**

Ana Beatriz Rodrigues Saraiva

# **M**

2021



# **Imagem Corporal Positiva e Personalidade no Excesso de Peso e Obesidade**

**Ana Beatriz Rodrigues Saraiva**

Outubro 2021

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

## **Avisos Legais**

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

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

## **Estudo em colaboração**

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

Como colaboradora neste projeto de investigação, durante 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 *Professora Doutora Filipa Vieira*, por todo o apoio e orientação exemplar, bem como pelo cuidado e empenho que sempre teve ao longo desta jornada. Obrigada por me acolher tão bem neste projeto e por acreditar nas minhas capacidades, tornando possível a realização desta dissertação, que foi de uma enorme aprendizagem.

Aos *participantes*, que tornaram possível através da sua colaboração, a concretização desta investigação.

Aos meus *pais e irmão*, pelo suporte, orgulho e paciência que demonstraram ao longo destes cinco anos, assim como pela confiança depositada em mim e por sempre acreditarem nas minhas competências.

Aos *amigos que a faculdade me deu*, amizades estas feitas tanto desde o primeiro dia de matrícula como até surpreendentemente ao último ano de licenciatura, assim como agradeço às *amizades de toda a vida*, por toda a ajuda, pelos momentos de diversão proporcionados, mas também por suportarem os meus momentos de frustrações e desmotivação, obrigada por terem feito parte deste caminho e marcado o meu percurso académico.

## Resumo

Os estudos sobre a imagem corporal têm sido amplamente realizados em contextos clínicos, com ênfase na sua componente negativa. Recentemente, tem sido valorizada uma perspectiva mais holística e multifacetada com o desenvolvimento do constructo de imagem corporal positiva (ICP). Esta pode ser definida pela aceitação incondicional do corpo e pela apreciação e valorização do mesmo. A obesidade é uma doença crónica de origem multifatorial, na qual se interrelaciona fatores metabólicos, genéticos, psicológicos, sociais e económicos. Variáveis como a insatisfação corporal e baixa autoestima associam-se a esta doença. O estudo da ICP poderá permitir uma compreensão mais ampla do efeito que a imagem corporal poderá ter no curso e tratamento da doença.

Este estudo pretendeu explorar as diferenças entre indivíduos com excesso de peso/obesidade, distinguindo a amostra recolhida em contexto comunitário e a amostra de candidatos a cirurgia bariátrica, e indivíduos normoponderais, relativamente às diferentes facetas da ICP (apreciação corporal, perceção de aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e responsividade corporal) e aos fatores de personalidade. A amostra é composta por 156 participantes do grupo clínico (91 na amostra recolhida em contexto comunitário e 65 na amostra de candidatos a cirurgia bariátrica) e 139 participantes no grupo não clínico.

Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível das facetas da ICP, sendo que os candidatos a cirurgia bariátrica demonstram os valores mais baixos. No grupo clínico, dentro dos fatores de personalidade, o neuroticismo revelou ter um impacto negativo e significativo na relação com as facetas da ICP, nomeadamente no grupo de recolha comunitária. Também a extroversão demonstrou influenciar algumas facetas da ICP

positivamente. Ao nível das variáveis sociodemográficas, verificaram-se associações na relação das facetas da ICP com o IMC e a escolaridade.

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

## **Abstract**

Body image studies have been largely conducted in clinical settings, focusing on its negative component. Recently, a more holistic and multifaceted perspective has been valued with the development of the construct of positive body image (PBI). This can be defined as the unconditional acceptance of the body and the appreciation and valorization of the body. Obesity is a chronic disease of multifactorial origin, in which metabolic, genetic, psychological, social, and economic factors interrelate. Variables such as body dissatisfaction and low self-esteem are associated with this disease. The study of PBI may allow a broader understanding of the effect that body image may have on the course and treatment of the disease.

This study aimed to explore the differences between overweight/obese individuals, distinguishing the sample collected in community settings and the sample of bariatric surgery candidates, and normal-weight individuals, regarding the different facets of PBI (body appreciation, perceived body acceptance by others, functionality, and body responsiveness) and personality factors. The sample consists of 156 participants in the clinical group (91 in the sample collected in community settings and 65 in the sample of bariatric surgery candidates) and 139 participants in the non-clinical group.

The results indicate the existence of statistically significant differences between the groups at the level of the PBI facets, with the candidates for bariatric surgery showing the lowest values. In the clinical group, within the personality factors, neuroticism was shown to have a negative and significant impact on the relationship with the facets of PBI, particularly in the community collection group. Extroversion was also shown to influence some facets of the PBI positively. In terms of sociodemographic variables, associations were found in the relationship between the PBI facets and BMI and education.

*Keywords:* Positive Body Image; Obesity; Personality; Age; Scholasticity; BMI.

## Resumé

Les études sur l'image corporelle ont été largement menées dans un cadre clinique, en se concentrant sur sa composante négative. Récemment, une perspective plus holistique et multidimensionnelle a été valorisée avec le développement du concept d'image corporelle positive (ICP). Celle-ci peut être définie par l'acceptation inconditionnelle du corps, son appréciation et sa valorisation. L'obésité est une maladie chronique d'origine multifactorielle, dans laquelle interagissent des facteurs métaboliques, génétiques, psychologiques, sociaux et économiques. Des variables telles que l'insatisfaction corporelle et une faible estime de soi sont associées à cette maladie. L'étude de l'ICP pourrait permettre de mieux comprendre l'effet que l'image corporelle peut avoir sur l'évolution et le traitement de la maladie.

Cette étude visait à explorer les différences entre les individus en surpoids/obèses, en distinguant l'échantillon recueilli en milieu communautaire et l'échantillon des candidats à la chirurgie bariatrique, et les individus de poids normal, en ce qui concerne les différentes facettes de l'ICP (appréciation du corps, acceptation du corps perçue par les autres, fonctionnalité et réactivité du corps) et les facteurs de personnalité. L'échantillon se compose de 156 participants dans le groupe clinique (91 dans l'échantillon collecté en milieu communautaire et 65 dans l'échantillon des candidats à la chirurgie bariatrique) et de 139 participants dans le groupe non clinique.

Les résultats indiquent l'existence de différences statistiquement significatives entre les groupes au niveau des facettes de l'ICP, les candidats à la chirurgie bariatrique présentant les valeurs les plus basses. Dans le groupe clinique, au sein des facteurs de personnalité, le névrosisme s'est avéré avoir un impact négatif et significatif sur la relation avec les facettes de l'ICP, notamment dans le groupe de collecte communautaire. L'extraversion s'est également avérée influencer positivement certaines facettes de l'ICP. En ce qui concerne les variables socio-démographiques, des associations ont été trouvées dans la relation entre les facettes de l'ICP et l'IMC et l'éducation.

*Mots clés:* Image corporelle positive; Obésité; Personnalité; Âge; Scolarité; IMC.

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
1. Imagem corporal positiva .....	1
2. Contextualização da doença em estudo - Obesidade .....	5
3. Personalidade e Obesidade .....	8
4. Imagem Corporal Positiva e Obesidade.....	13
<b>Estudo Empírico.....</b>	<b>18</b>
1. Método.....	18
1.1. Desenho do estudo.....	18
1.2. Participantes.....	18
1.3. Instrumentos .....	20
1.4. Procedimentos de recolha de dados .....	23
1.5. Procedimentos de análise de dados.....	25
2. Resultados.....	26
2.1. Análise comparativa da IC Positiva entre a Amostra Clínica de Recolha Comunitária, Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e Grupo Não Clínico .....	26
2.2. Análise comparativa dos fatores de Personalidade entre na Amostra Clínica de Recolha Comunitária, Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e Grupo Não Clínico.....	27
2.3. Análise da relação entre as facetas da IC Positiva e os fatores de Personalidade na Amostra Clínica de Recolha Comunitária e na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia.....	28

2.4. Análise de relação entre as facetas da IC Positiva e as variáveis Idade, Escolaridade, Duração da doença e IMC na Amostra Clínica de Recolha Comunitária e na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia.....	30
<b>Discussão.....</b>	<b>32</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>39</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>41</b>

## Índice de Tabelas

<i>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.....</i>	<i>27</i>
Tabela 2 - Diferenças entre a Amostra Clínica de Recolha Comunitária, a Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e o Grupo Não Clínico ao nível dos fatores de Personalidade.....	28
Tabela 3 - Correlações entre IC Positiva e os fatores de Personalidade na Amostra Clínica de Recolha Comunitária e na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia. ....	30
Tabela 4 - Correlações entre IC Positiva e Idade, Escolaridade e IMC na Amostra Clínica de Recolha Comunitária E na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia.....	31

## Lista de Acrónimos e Abreviaturas

<b>IC</b>	Imagem Corporal
<b>ICN</b>	Imagem Corporal Negativa
<b>ICP</b>	Imagem Corporal Positiva
<b>d</b>	d de Cohen
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal

## **Introdução**

O presente estudo pretende investigar e aprofundar o tema da imagem corporal em indivíduos com obesidade, através do mais recente construto de imagem corporal positiva. Por imagem corporal entende-se um construto multifacetado que contém fatores cognitivos, comportamentais, afetivos e sociais, não estando, deste modo, limitado unicamente à aparência física (Wertheim & Paxton, 2011). Trata-se de um construto multidimensional e complexo que reflete as percepções individuais, emoções, comportamentos, pensamentos e crenças acerca do corpo (Cash, 2004; Smolak & Thompson, 2009).

A imagem corporal positiva, precisamente por este ser um construto novo, não se encontra ainda muito explorado pela literatura, havendo um foco quase que exclusivo no estudo da imagem corporal negativa em pessoas com obesidade (Smolak & Cash, 2011; Tylka, 2011, 2012), daí o seu particular interesse, nomeadamente nesta doença que ainda é bastante estigmatizada pela sociedade.

De forma a compreender e aprofundar mais detalhadamente o tema em questão, será feita uma revisão bibliográfica tanto do construto da imagem corporal positiva, como da doença em estudo, a obesidade, bem como a relação presente entre os dois encontrada pela literatura. Posteriormente será clarificada a pertinência do presente estudo com base na revisão feita, bem como os objetivos do mesmo. Seguir-se-á o estudo empírico realizado, com a apresentação do método e resultados. Terminaremos com a discussão dos mesmos e a conclusão.

### **1. Imagem corporal positiva**

A imagem corporal positiva (ICP) é um construto recente, considerado pela literatura como multidimensional, isto é, possui várias facetas envolvendo muito mais do que apenas a satisfação corporal do indivíduo ou a opinião sobre a sua aparência (Cash & Smolak, 2011).

Das várias facetas deste constructo, as mais salientadas na literatura são a apreciação e a aceitação corporal, que se traduzem na apreciação das características únicas do corpo e da sua funcionalidade (Avalos et al., 2005), assim como a aceitação, amor e respeito pelo corpo, mesmo quando não se está inteiramente satisfeito com ele. Ou seja, ter uma ICP passa por aceitar o que se considera menos satisfatório na sua imagem corporal, e mesmo assim, gostar e aceitar o que vê (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

Associado a estas facetas, Tylka e Wood-Barcalow (2015) salientam como aspetos também centrais na ICP: a concetualização ampla da beleza, ou seja, a perceção do indivíduo de que há uma grande variedade de aparências que podem ser consideradas bonitas, mesmo que estas sejam inalteráveis ou modificáveis; o investimento adaptativo na aparência, que se associa ao valorizar e ao cuidar do corpo; a positividade interna, isto é, a associação entre a ICP, os sentimentos positivos e os comportamentos adaptativos e, por último, filtrar as informações de forma protetora do corpo, ou seja, aceitar informações consistentes com a ICP e rejeitar mensagens que possam colocá-la em risco.

Neste seguimento, e reforçando uma vez mais a natureza multifacetada e complexa deste construto, Menzel e Levine (2011) identificaram três componentes centrais da ICP que vão de encontro às facetas mencionadas por Tylka & Wood-Barcalow (2015): a apreciação da aparência e da função do corpo; o indivíduo estar consciente e atento às experiências e necessidades do corpo e, por último, possuir um estilo cognitivo positivo para processar mensagens relacionadas ao corpo de maneira autoprotetora.

A ICP é assim definida como um construto holístico, pois as suas múltiplas facetas são melhor interpretadas em conjunto, como um todo, do que independentemente umas das outras (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). A ICP não se resume apenas a uma dimensão individual, mas sim, segundo Cook-Cottone (2015), assume-se como o resultado de um processo recíproco de influência mútua e co-regulação dentro e entre os sistemas internos (isto é, pensamentos,

afetos, fisiologia) e sistemas externos (família, comunidade, cultura). As experiências internas do indivíduo (como por exemplo, a positividade interna e o filtro de informações como forma de proteção) são entrelaçadas com os comportamentos externos do mesmo, com relacionamentos interpessoais, a comunidade, os meios de comunicação social e a cultura (Wood-Barcalow et al., 2010).

Tylka e Wood-Barcalow (2015) destacam ainda que a ICP tanto pode ser um conceito estável como moldável, protetora da saúde física e do bem-estar psicológico, ligada à aceitação corporal percebida pelos outros, incluindo a família, os amigos, parceiros românticos e sociedade, moldada pelas identidades sociais e ainda pela cultura, idade, gênero e o índice de massa corporal (IMC).

Para uma melhor compreensão deste construto, importa referir que a ICP não é o oposto da imagem corporal negativa (ICN) (Gillen, 2015), nem se caracteriza apenas pela ausência desta. A ICP é o seu próprio construto, e distingue-se tanto da ICN, bem como de uma aceitação corporal neutra, isto é, não é simplesmente não estar insatisfeito com o seu corpo. Por outro lado, a ICP não implica estar completamente satisfeito com todos os aspetos do seu próprio corpo, mas sim aceitá-los, mesmo que sejam diferentes da imagem idealizada pela sociedade, e apreciá-los. Assente nesta ideia, Tiggemann e McCourt (2013), num estudo realizado com uma amostra feminina, concluíram que é cada vez mais possível que as mulheres experimentem simultaneamente um certo nível de insatisfação corporal, mas que também apreciem e respeitem o corpo de outras maneiras, especialmente ao longo da idade. A ICP não é o oposto de insatisfação corporal, mas sim um aceitar e apreciar o corpo tal e qual como ele é, mesmo que existam características do sujeito que este gostaria de modificar (Halliwell, 2015).

Ainda que no passado, os investigadores tenham privilegiado o estudo sobre a ICN e a insatisfação corporal, e o seu impacto na saúde mental, atualmente a compreensão da ICP e

como promovê-la é um foco que tem merecido grande destaque na psicologia (Wood-Barcalow et al., 2010).

Ao nível da saúde mental, a ICP pode estar associada a dois indicadores importantes, a depressão e a autoestima. Segundo Gillen (2015), quando comparados com aqueles com ICP mais baixa, os indivíduos com níveis mais elevados de ICP podem ser menos propensos à depressão e baixa autoestima por terem menos sentimentos de abatimento e maior autovalorização, pois quando os indivíduos amam e respeitam o seu físico, eles podem desenvolver respeito pelo seu bem-estar emocional também. Os comportamentos de autocuidado são reivindicados como resultado de uma ICP (Tylka, 2011), sugerindo que indivíduos com ICP poderiam tomar medidas com mais frequência para proteger e nutrir a sua saúde física e mental. A ICP pode-se traduzir assim em sentimentos positivos em relação a si mesmo como um todo (Gillen, 2015; Swami et al., 2017), sendo vários os estudos que reforçam consistentemente que a ICP está associada a uma autoestima mais elevada (Gillen, 2015; Swami et. al., 2013; Swami & Ng, 2015; Swami et al., 2008; Swami et al., 2016; Tylka & Kroon Van Diest, 2013; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

Relativamente à associação entre a depressão e a ICP, Rubin e Steinberg (2011) reportaram que um maior nível de consciência e apreciação corporal estava associado a um menor número de sintomas depressivos em mulheres. Do mesmo modo, um estudo com estudantes predominantemente do sexo feminino na Roménia, descobriu que os indivíduos que apresentam maior valorização do corpo demonstram níveis mais baixos de depressão (Dumitrescu et al., 2008). Ainda numa amostra de mulheres universitárias dos EUA, Iannantuono e Tylka (2012) encontraram associações moderadas inversas entre apreciação corporal e sintomas depressivos.

Considerando a saúde mental de forma mais abrangente, num estudo conduzido por Swami, Weis e Furnham (2017), de modo a investigar a associação entre as várias facetas da

ICP (apreciação do corpo, flexibilidade da imagem corporal, orgulho corporal, aceitação do corpo pelas outras pessoas) e uma faceta multidimensional de bem-estar (emocional, psicológico e social), os resultados refletiram que, uma vez controlados os efeitos da idade e do IMC, a apreciação corporal prediz significativamente todas as dimensões do bem-estar. Estes resultados são consistentes com outros encontrados na literatura, onde vários estudos reportaram que a ICP está positivamente associada a uma série de indicadores de bem-estar, tais como o otimismo, afeto positivo, autocompaixão, satisfação com a vida e felicidade subjetiva (Avalos et al., 2005; Dalley & Vidal, 2013; Marta-Simões et al., 2016; Raque-Bogdan et al., 2016; Swami & Ng, 2015; Swami et al., 2016; Tylka & Kroon Van Diest, 2013; Wasylkiw et al., 2012).

## **2. Contextualização da doença em estudo - Obesidade**

A obesidade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 2020), é definida como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura que apresenta prejuízos para a saúde. É considerada uma doença crónica de difícil controlo que, no seu protesto mais grave, está sujeita a reincidências e maus resultados terapêuticos (Gill, 2006; WHO, 2020). O acúmulo excessivo de gordura num sujeito ocorre habitualmente por um desequilíbrio entre o consumo de alimentos e o gasto energético do mesmo (Dobrow et al., 2002). O diagnóstico de obesidade pode ser definido com base no cálculo do índice de massa corporal (IMC:  $\text{peso}/\text{altura}^2$ ) de  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$  ou superior (WHO, 2020).

O sobrepeso (IMC= 25-29,9  $\text{Kg}/\text{m}^2$ ) e a obesidade são ainda considerados pela OMS como os principais fatores de risco para várias doenças crónicas, incluindo diabetes, doenças cardiovasculares, cancro, hipertensão (Berrington de Gonzalez et al., 2010; Cruz & Marimoto, 2004). Sendo que antes era visto como um problema apenas dos países desenvolvidos, a

obesidade tem vindo a aumentar rapidamente nos países subdesenvolvidos e não desenvolvidos, sobretudo nas áreas urbanas (WHO, 2020).

A OMS designa a obesidade como uma doença do tipo não transmissível, sendo que, dentro das doenças que dizem respeito a este grupo, é a que apresenta maior incidência global (WHO, 2003).

A obesidade é uma doença considerada multifatorial para a qual fatores genéticos, metabólicos, nutricionais, ambientais, familiares (Lima et. al, 2015; Costa et. al, 2011), neurais, hormonais (Ribeiro et al., 2015), económicos (Oliveira-Maia et al., 2011) e psicológicos (Murtagh & Ludwig, 2011; Steinbeck, 2002) contribuem para o seu desenvolvimento e manifestação.

Relativamente à epidemiologia, a obesidade apresenta no mundo contemporâneo uma associação íntima com o estilo de vida da população, particularmente pelo elevado consumo de alimentos industrializados, pelas refeições excessivamente calóricas maioritariamente baseadas em carboidratos e gorduras, pelo sedentarismo e ainda, pela reduzida prática de atividade física (Agra et al., 2016).

Quanto à sua prevalência, sendo que a obesidade é classificada como um problema de saúde pública, várias investigações salientam o facto desta epidemia ter vindo a aumentar diária e mundialmente (Flegal et al., 2012). No estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge em 2015, foi reportado que em Portugal, 28.7% da população adulta entre os 25 e os 74 anos sofria de obesidade. Os dados deste estudo apontaram também para que esta prevalência é maior no sexo feminino (32.1%), nas idades entre os 65 e os 74 anos (41.8%) e nos indivíduos com menor nível de escolaridade (43.1%).

O impacto psicológico da doença também se reflete significativamente nesta população, sendo que a severidade das perturbações psicológicas se encontra relacionada com o grau de obesidade, havendo, deste modo, uma associação positiva entre a presença de psicopatologia e

o IMC (Abilés et al., 2010). A obesidade encontra-se assim positivamente associada a várias perturbações mentais, particularmente depressão, perturbação bipolar, perturbação de ansiedade e perturbação de pânico ou agorafobia (Lin et al., 2013; Simon et al., 2006). Scott et al. (2008) concluíram que as pessoas com obesidade tinham um risco maior de perturbações de humor e de ansiedade. Estes pacientes são ainda descritos como impulsivos, com baixa autoestima e menor qualidade de vida (Abilés et al., 2010).

A exclusão social, a discriminação e o preconceito são também outros fatores envolvidos no impacto desta doença, dado que esta não se deve unicamente a componentes individuais ou sociais, mas igualmente à dinâmica interrelacional do indivíduo, à assimilação e acomodação do conhecimento em relação à categoria social de “ser obeso” (Agra et al., 2016). Deste modo, o sujeito é apontado como incapaz de trabalhar, sem talento, pouco hábil, sendo ridicularizado pelos outros à sua volta, o que pode suscitar uma diminuição da sua autoestima (Silva & Bittar, 2012).

No que diz respeito ao tratamento, a cirurgia bariátrica é apontada como o método mais eficaz nos casos mais severos, nomeadamente de obesidade mórbida do estágio III (Almeida et al., 2012), correspondente a um  $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$  ou  $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$  quando há comorbilidades afiliadas. A cirurgia tende a resultar numa diminuição de peso significativa de 40 a 50% do peso inicial num curto período de tempo e na manutenção do mesmo a longo prazo (Almeida et al., 2012), bem como na redução das comorbilidades associadas (como diabetes, hipertensão), na melhoria da qualidade de vida (Segal & Fandiño, 2002), na diminuição da severidade da psicopatologia e, na regularização da alimentação (Sousa et al., 2014). Recorre-se a este tipo de tratamento geralmente quando a utilização de tratamentos não invasivos e tradicionais não refletem resultados satisfatórios de forma eficaz, tais como a dieta, a prática de atividade física, medicação e psicoterapia (Santos et al., 2006; Segal & Fandiño, 2002; Vasconcelos & Costa Neto, 2008).

Segundo Silva et al. (2014), a maioria dos candidatos à cirurgia bariátrica reportam graves repercussões de foro psicológico, social, familiar, profissional e motor. Nos casos mais graves de obesidade, verifica-se uma maior prevalência de perturbações de ansiedade e depressão, envolvendo ideação suicida e tentativas de suicídio, assim como de ingestão compulsiva (Bernardi et al., 2005; Silva et al., 2014).

### **3. Personalidade e Obesidade**

Para além das influências demográficas e genéticas da obesidade, os processos psicológicos contribuem igualmente para o peso corporal dos indivíduos (Sutin et al., 2011). Comer pode ser uma forma de regulação emocional (Evers et al., 2010), a incapacidade de resistir aos desejos contribui para a compulsão alimentar (*binge eating*) (Rush et al., 2009), ao passo que a autodisciplina é necessária para a atividade física regular (Hoyt, et al., 2009). Esta linha de evidência sugere que o peso é uma manifestação física dos processos inerentes às formas características de pensar, sentir e comportar de um indivíduo. Assim, o peso corporal é, em parte, um reflexo dos processos que definem os traços comuns da personalidade (Sutin et al., 2011).

Antes que as informações sobre as disposições da personalidade possam ser incorporadas com sucesso aos planos de prevenção e intervenção, são necessárias evidências robustas e convergentes sobre se traços de personalidade estão efetivamente relacionados à obesidade (Jokela et al., 2013).

Os traços de personalidade podem ser definidos como dimensões estáveis e fundamentais da personalidade, influenciando os nossos pensamentos e comportamentos numa variedade de situações (Matthews et al., 1998). De acordo com esta definição, a personalidade pode, pelo menos em parte, estar associada ao estilo de vida e ao comportamento alimentar e, portanto, também à obesidade (Rydén et al., 2003).

O Modelo dos Cinco Fatores (FFM) da personalidade (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) tem sido dos mais estudados e tem vindo a ser associado a comportamentos de saúde e aos seus efeitos no geral (Friedman, 2008; Goodwin & Friedman, 2006; Ozer & Benet-Martínez, 2006) e ao peso irregular em particular (Brummett et al., 2006; Chapman et al., 2009; Terracciano et al., 2009).

Em termos gerais, entende-se por Neuroticismo a tendência para sentir emoções negativas e ser emocionalmente instável; por Extroversão a tendência para o indivíduo ser sociável, assertivo e energético; a Abertura à Experiência refere-se à tendência para ser criativo e mente aberta; a Amabilidade é a tendência para o indivíduo ser confiante, agradável, cooperativo e ter compaixão; e por último, a Conscienciosidade é a tendência para ser organizado, responsável, seguro e disciplinado (Sutin & Terracciano, 2016; John & Srivastava, 1999).

Dos cinco fatores, a conscienciosidade é o fator que se encontra mais consistentemente associado à obesidade (Sutin et al., 2011). Na relação entre os diferentes traços de personalidade e o IMC, os indivíduos com uma elevada conscienciosidade são os que apresentam um menor índice de obesidade (Brummett et al., 2006; Chapman et al., 2009; Roehling et al., 2008; Sullivan et al., 2007; Terracciano et al., 2009). Particularmente, as facetas da Ordem e Autodisciplina da Conscienciosidade estão fortemente associadas ao peso (Terracciano et al., 2009). É, então, provável que os indivíduos com pontuação mais elevada nas facetas Ordem e Autodisciplina, sejam mais magros pois são organizados e cumprem a sua dieta e os horários das refeições. As escolhas do estilo de vida dos indivíduos com um elevado nível de conscienciosidade possivelmente contribuem para o seu peso mais saudável. Estes indivíduos, por exemplo, são fisicamente ativos (Rhodes & Smith, 2006), evitam comer (binge eating) e beber excessivamente (Rush et al., 2009) e estão menos predispostos a desenvolverem perturbações do comportamento alimentar (Bogg & Roberts, 2004).

A relevância da conscienciosidade para a saúde foi reconhecida igualmente com estudos relacionados com a mortalidade (Martin et al., 2007) e comportamentos de saúde (Bogg & Roberts, 2004). A associação entre conscienciosidade e obesidade observada pelos autores é evidente, pois a conscienciosidade tem sido associada a uma série de comportamentos de saúde, alguns mencionados anteriormente, incluindo atividade física, adesão a medicamentos, não fumar, comportamentos menos arriscados e padrões alimentares saudáveis (Bogg & Roberts, 2004; Roberts et al., 2005). Há, portanto, evidências que sugerem que a conscienciosidade está relacionada ao sucesso de abordagens de tratamento específicas (Elfhag et al., 2008; Munro et al., 2011). Por exemplo, um estudo constatou que indivíduos com elevada conscienciosidade perderam mais peso através do tratamento farmacológico da obesidade (Elfhag et al., 2008).

No estudo conduzido por Jokela et al. (2013), os indivíduos com alta conscienciosidade são descritos como autodisciplinados, orientados para a tarefa e bem organizados, ao passo que a baixa conscienciosidade é caracterizada pelo baixo autocontrolo, impulsividade e falta de planeamento a longo prazo. Em comparação com indivíduos com baixa conscienciosidade, indivíduos com alta conscienciosidade têm cerca de 40% menor probabilidade de desenvolverem obesidade. Os resultados deste estudo corroboram o facto de que a conscienciosidade ser considerado um fator de prognóstico para o tratamento em indivíduos que se encontram numa fase inicial da doença. O aumento de peso foi ainda, dentro dos participantes, menos persistente em indivíduos com elevada conscienciosidade, o que sustenta a ideia de que a avaliação da conscienciosidade pode ajudar a identificar as terapias de controlo/gestão de peso mais adequadas e eficazes para indivíduos que apresentam disposições diferentes de personalidade (Jokela et. al., 2013). Por conseguinte, os autores demonstraram que a conscienciosidade está fortemente associada ao risco de obesidade em populações dos Estados Unidos, Reino Unido, Alemanha e Austrália. A avaliação da conscienciosidade pode

ajudar, deste modo, a identificar indivíduos obesos para os quais a perda de peso é especialmente improvável sem apoio extra ou para os quais alguns métodos de tratamento funcionam melhor do que outros. Segundo Jokela et al. (2013), a avaliação da conscienciosidade seria a mais pertinente, caso as informações sobre os traços de personalidade de nível mais amplo fossem integradas aos planos de prevenção e intervenção da obesidade.

Num estudo conduzido por Sutin et al. (2011), alterações ao nível do peso foram associadas ao traço Neuroticismo. Os indivíduos abaixo do peso normal tendem a pontuar mais alto na tendência a afetos negativos do que aqueles que se encontram no peso normal (Kakizaki et al., 2008; Terracciano et al., 2009). Do mesmo modo, em populações clínicas, indivíduos com peso inferior e com perturbações alimentares tendem a ter um nível mais elevado de neuroticismo (Bulik et al., 2006; Cassin & Von Ranson, 2005). De igual modo, indivíduos com excesso de peso e obesidade tendem a ter uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas (Petry et al., 2008), o que leva os autores (Sutin et al., 2011) a sugerirem que tais grupos também podem ter níveis mais elevados de neuroticismo. O neuroticismo pode, portanto, estar relacionado com o IMC devido a pelo menos duas razões: primeiro, porque pode haver uma relação curvilínea entre o peso e o neuroticismo, de modo a que ambas as extremidades do continuum do IMC estejam associadas a um maior neuroticismo e/ou segundo, porque diferentes aspetos do neuroticismo podem estar associados com estar acima do peso considerado normal ou abaixo do mesmo (Sutin et al., 2011), isto é, diferentes aspetos do neuroticismo podem compartilhar relações opostas com o IMC. Por exemplo, indivíduos impulsivos têm dificuldade em controlar os seus desejos, incluindo o desejo de um consumo excessivo de comida. Em contraste, indivíduos com alto nível de autoconsciência ou vulnerabilidade podem ser muito mais sensíveis em relação ao seu peso (Swami et al., 2008) e mais restritivos na sua alimentação (Heaven et al., 2001). Como tal, os diferentes aspetos emocionais do neuroticismo podem ter resultados diferentes no que diz respeito ao peso (Sutin

et. al., 2011). Indivíduos com alto grau de neuroticismo, além dos seus outros comportamentos de risco à saúde, tendem a preocupar-se excessivamente com a sua forma e peso e, apesar das suas tentativas de restrição, tendem a perder o controlo sobre a sua ingestão alimentar (Provencher et al., 2008). Esta dificuldade de regulação do peso pode surgir então como resultado destes padrões cognitivos e comportamentais desadaptativos (Sutin et. al., 2011).

Há, no entanto, menos indícios para uma associação clara entre o IMC e os três restantes fatores de personalidade. Num estudo com uma amostra recolhida no Japão, pessoas com excesso de peso obtiveram pontuações mais baixas na Extroversão (Kakizaki et al., 2008), enquanto que noutros estudos realizados com amostra italianas (Terracciano et al., 2009) e americanas (Chapman et al., 2009) nenhuma associação foi encontrada entre este fator da personalidade e o peso. Faith et al. (2001) encontraram uma associação negativa entre Extroversão e IMC em mulheres, mas o oposto nos homens. Entre os homens, um maior nível de Amabilidade foi associado a um IMC mais alto (Chapman et al., 2009), mas outros autores encontraram o contrário (Brummett et al., 2006). Os estudos que incluíram a medida de Abertura à Experiência encontraram uma relação negativa (Brummett et al., 2006) ou nenhuma (Chapman et al., 2009; Terracciano et al., 2009) com o IMC. De um modo geral, a inconsistência destes resultados não permite tirar conclusões robustas sobre as restantes facetas da personalidade e o seu papel no desenvolvimento da obesidade.

#### **4. Imagem Corporal Positiva e Obesidade**

A importância do estudo da ICP na obesidade surge inevitavelmente, pois há uma tendência para os estudos realizados nesta área explorarem apenas os aspetos negativos da IC (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

A depressão na obesidade encontra-se relacionada com a preocupação com a IC, sendo a insatisfação com a IC significativamente mais elevada em pacientes obesos e estando a mesma associada a uma maior incidência de depressão (Rosenberger et al., 2006; van Hout, 2005). A investigação demonstra que o estigma relativo ao peso na população obesa leva a uma satisfação corporal mais baixa, bem como a uma menor autoestima, havendo assim a possibilidade de estar relacionado com o aparecimento de sintomas depressivos (Luppino et al., 2010; Sarwer et al., 2005). De forma complementar, e em consequência do facto de indivíduos obesos serem alvos de ridicularizações e preconceito pelo seu peso, estes sujeitos que adquirem uma perceção mais negativa da sua IC, por sua vez são mais propícios a sofrerem de depressão (Dixon et al., 2002).

Os fatores de risco aliados à ICN de pessoas com obesidade são fatores físicos, individuais e culturais (Schwartz & Brownell, 2004). Mais especificamente, o grau de avanço da doença, onde quanto maior o IMC, maior a insatisfação corporal (Hill & Williams, 1998), o género feminino, visto que as mulheres reportam níveis mais elevados de insatisfação corporal do que os homens, devido a expectativas e questões culturais (Cash & Roy, 1999), a raça, onde os caucasianos apresentam um maior risco, pois na comunidade negra há uma maior rede de aceitação do peso e formas corporais (Celio et al., 2002), a orientação sexual, dos quais homens homossexuais apresentam maior risco de perturbações alimentares do que homens heterossexuais, ao passo que mulheres heterossexuais apresentam maior risco do que mulheres homossexuais, devido a uma maior aceitação corporal na comunidade (Rothblum, 2002). São ainda fatores de risco, as perturbações do comportamento alimentar (Milkewicz & Cash, 2000),

fortes oscilações de peso, idade precoce de início da obesidade e, por último, um grande investimento na aparência (Schwartz & Brownell, 2004).

Apesar destes fatores e da literatura apontar para esta associação entre aumento de peso e sintomatologia psicológica, tal não significa que uma ICN seja inevitável e esteja presente em todos os indivíduos com excesso de peso (Schwartz & Brownell, 2004).

A partir da assunção de que as crenças metacognitivas e as estratégias de regulação emocional causam um grande impacto na redução ou eliminação da ICN, o estudo levado a cabo por Nejati et al. (2017), pretendeu comparar estas mesmas crenças e estratégias em mulheres com obesidade com ICP e ICN. Os resultados sugeriram que as mulheres com ICP apresentam um nível mais elevado de estratégias de regulação emocional eficazes do que as mulheres com ICN, estratégias estas como a aceitação, reorientação positiva, reorientação no planeamento, tomada de perspetiva e reavaliação positiva. Quanto às crenças metacognitivas foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, onde foram avaliadas as crenças positivas relativamente à preocupação, crenças negativas quanto à preocupação, confiança cognitiva e necessidade de controlar os pensamentos (Nejati et al., 2017). Estes dados levaram os autores a concluir que a ICP em mulheres com obesidade pode ser explicada pelo facto de estas aceitarem as suas imperfeições e de se focarem noutras características da sua aparência.

Outro estudo conduzido por Razmus (2018), teve como objetivo investigar de que forma a apreciação e orgulho corporal em sujeitos com peso médio e com excesso de peso e obesidade influencia a sua imagem corporal, levando em consideração o facto de estes se encontrarem numa relação amorosa ou não. Os resultados sugerem que os sujeitos com excesso de peso e obesidade reportaram uma menor apreciação corporal e orgulho face ao mesmo do que os participantes com peso considerado normal (Razmus, 2018). E ainda, quando comparados os participantes solteiros com os que se encontram numa relação romântica,

verificou-se que os indivíduos solteiros com excesso de peso e obesidade relataram níveis inferiores de apreciação corporal e orgulho sentido do corpo, do que indivíduos solteiros com peso médio. Enquanto que entre os participantes que se encontravam numa relação amorosa, não houve diferenças significativas na imagem corporal entre os sujeitos com peso médio e excesso de peso e obesidade (Razmus, 2018). Esta investigação permite concluir que, em primeiro lugar, a imagem corporal menos positiva em pessoas com excesso de peso e obesidade não precisa de ser acompanhada por uma menor autoestima e menor afeto positivo, uma vez que os resultados mostraram que ter um IMC mais elevado não estava associado a um menor bem-estar subjetivo (Razmus, 2018). Em segundo, os seus resultados sugerem ainda que os indivíduos que são menos positivos em relação ao seu corpo, não precisam necessariamente de ser menos positivos em relação a si próprios em geral e que é possível existirem outros fatores tais como a saúde física, mas não propriamente o sobrepeso e obesidade, que influenciam o seu bem-estar. Por último, estar numa relação romântica pode ser por si um fator protetor relativamente à ICP do sujeito, justificada pela perceção de que o seu corpo é aceite por uma pessoa importante e significativa para si, independentemente de ter um peso considerado normal, ou excessivo (Razmus, 2018).

Para além de escassos os estudos que exploram a ICP na obesidade, por ser um construto ainda recente na comunidade científica, estes mesmos são ainda inconsistentes nas suas conclusões. Desta forma, torna-se pertinente caracterizar a ICP numa amostra clínica de pessoas com obesidade e explorar de que forma as variáveis psicológicas estão associadas à mesma. Isto permitirá um melhor conhecimento deste construto, assim como a exploração de dimensões psicológicas que podem contribuir para um melhor conhecimento da própria doença em estudo. Assim, este estudo terá um carácter exploratório com os seguintes objetivos:

1. Analisar comparativamente o grupo clínico de indivíduos com diagnóstico de obesidade (grupo de recolha comunitária e grupo de candidatos a cirurgia bariátrica) com um grupo não clínico de indivíduos normoponderais no que diz respeito:
  - a. à IC Positiva nas facetas de apreciação corporal, aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e responsividade/autocuidado corporal;
  - b. aos fatores de personalidade;
2. Analisar a relação entre as facetas da IC Positiva e os fatores de personalidade no grupo clínico;
3. Analisar as relações entre as facetas da IC Positiva e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas no grupo clínico.

Tendo como fundamento a revisão bibliográfica, foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

H1. Espera-se que os participantes com excesso de peso/obesidade apresentem valores mais baixos de IC Positiva em relação ao grupo de indivíduos normoponderais em todos os domínios 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).

H2. Espera-se que os participantes com excesso de peso/obesidade apresentem níveis de conscienciosidade inferiores e níveis de neuroticismo superiores em comparação com o grupo de indivíduos normoponderais (Sutin et al., 2011; Jokela et al., 2013; Terracciano et al., 2009; Kakizaki et al., 2008; Elfhag et al., 2008; Bogg & Roberts, 2004; Roberts et al., 2005).

H3. Espera-se uma correlação positiva entre as facetas da IC Positiva e conscienciosidade, e uma correlação negativa entre as facetas da IC Positiva e o neuroticismo nos participantes com excesso de peso/obesidade (Sutin et al., 2011; Jokela et al., 2013; Terracciano et al., 2009; Kakizaki et al., 2008).

H4. Espera-se uma correlação positiva entre as facetas da IC Positiva com a idade e a escolaridade nos dois grupos clínicos em estudo (Changulani et al., 2008; Sassi et al., 2009).

H5. Espera-se uma correlação negativa entre as facetas da IC Positiva e o IMC nos dois grupos clínicos em estudo (Castro, 2019; Foster et al., 1997; Schwartz & Brownell, 2004).

## **Estudo Empírico**

### **1. Método**

#### **1.1. Desenho do estudo**

No que concerne ao desenho metodológico, o presente trabalho é um estudo empírico exploratório, de natureza transversal, que visa analisar algumas dimensões da IC Positiva (apreciação corporal, aceitação do corpo pelos outros, funcionalidade e responsividade corporal), os fatores de personalidade e algumas variáveis sociodemográficas como a idade, escolaridade, duração da doença e o IMC, em sujeitos com obesidade, através de uma análise quantitativa.

#### **1.2. Participantes**

No presente estudo foram incluídos dois grupos de participantes: o grupo clínico (GC), constituído por indivíduos com excesso de peso e obesidade, o grupo não clínico (GNC), constituído por indivíduos normoponderais.

Como critérios de inclusão para a amostra clínica foram definidos os seguintes aspetos: ter conhecimento do seu diagnóstico clínico, acuidade visual normal (ou corrigida para normal), idade igual ou superior a 18 anos (ambos os sexos), e ter  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ . A existência de um défice cognitivo, gravidez ou período de 6 meses pós-gravidez, patologia oftalmológica significativa, disforia de género, comportamentos de automutilação e comorbilidade psiquiátrica severa, que interfira na participação do estudo, constituíram os critérios de exclusão do mesmo grupo. A seleção desta amostra concretizou-se segundo um método não probabilístico, visto que a escolha dos sujeitos se realizou por conveniência no Serviço de Psicologia do Hospital da Prelada, nas consultas de Psiquiatria do Centro Hospitalar de São

João e via *online* a partir de uma amostra comunitária, devido ao Covid-19 que impossibilitou o prosseguimento da recolha de dados numa amostra clínica presencial.

A amostra do GC é composta por 156 participantes, que se divide em duas subamostras: amostra comunitária, que corresponde a 58.3% (n = 91) dos participantes do GC; e candidatos a cirurgia bariátrica, que corresponde a 41.7% (n=65) dos participantes. No total da amostra do GC, 76.9% (n = 120) são do sexo feminino e 23,1% (n = 36) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos de idade ( $M = 39.56$ ;  $DP = 12.05$ ). Os participantes apresentam uma média de 12.9 anos de escolaridade ( $DP = 3.56$ ), e 48.1% deles (n = 75) encontram-se casados/as ou a viver em união de facto, 37.8% (n = 59) solteiros/as, 12.2% (n = 19) divorciados/as ou separados/as e 1.9% (n = 3) viúvos/as. O IMC deste grupo tem um valor médio de 35.57 kg/m<sup>2</sup> ( $DP = 6.27$ ), variando entre os 25 e os 52.85 kg/m<sup>2</sup>. A duração temporal da condição de excesso de peso/obesidade dos sujeitos é cerca de 282.88 meses ( $DP = 856.01$ ), isto é, aproximadamente 24 anos, tendo em conta que 35 indivíduos não responderam a esta questão.

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

A amostra do GNC é composta por 139 participantes, destes 74.8% (n = 104) eram do sexo feminino e 25.2% (n = 35) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 72 anos de idade ( $M = 39.98$ ;  $DP = 14.25$ ). Os participantes apresentam uma média de 13.61 anos de escolaridade ( $DP = 3.06$ ) sendo que 48.9% (n = 68) deles se encontram casados/as ou

a viver em união de facto, 36.7% (n = 51) solteiros/as, 11.5% (n = 16) divorciados/as e 2.9% (n = 4) viúvos/as. O IMC deste grupo tem um valor médio de 21.77 kg/m<sup>2</sup> (DP = 1.77), oscilando entre 17.51 e 24.34 kg/m<sup>2</sup>.

### 1.3. Instrumentos

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

**Body Acceptance by Others Scale (BAOS).** De forma a avaliar a perceção corporal pelos outros, foi aplicada a BAOS (Avalos & Tylka, 2006; versão portuguesa de Barbosa et al., 2018). Este é um instrumento de autorresposta unifatorial que foi criado para avaliar a forma como o sujeito perceciona a aceitação do seu corpo, tendo em consideração fontes externas (família, amigos, etc.). As implicações podem ser negativas, aumentando a necessidade de modificar o corpo, ou positivas, proporcionando respeito e autocuidado. A escala é constituída por dez itens que devem ser respondidos segundo a escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1 =

*nunca*; 2 = *raramente*; 3 = *às vezes*; 4 = *frequentemente* e 5 = *sempre*). Os resultados correspondem à média das respostas dadas, isto é, pontuações mais elevadas são indicadoras de maior aceitação percebida pelos outros quanto à imagem corporal e/ou peso (Augustus-Horvath & Tylka, 2011). Relativamente à versão original deste instrumento, a consistência interna é assegurada pelo alfa de Cronbach de .91. Na versão portuguesa, a consistência interna é muito boa (alfa de Cronbach de .94) em amostras independentes de adolescentes e adultos. Neste estudo, o alfa de Cronbach apresenta um valor .92 para a amostra clínica e um valor .93 para a amostra não clínica apresentando, assim, uma elevada consistência interna.

***Functionality Appreciation Scale (FAS)***. A FAS é um instrumento realizado por Alleva et al. (2017) com o propósito de mensurar a apreciação da funcionalidade corporal. Este instrumento constitui sete itens que devem ser respondidos segundo a escala de *Likert* de cinco pontos (1 = *nunca*; 2 = *raramente*; 3 = *às vezes*; 4 = *frequentemente* e 5 = *sempre*). Estes itens pretendem refletir o conceito de apreciação corporal, respeito e honra pelo corpo tendo em conta aquilo que é capaz de fazer, tentando ir além da singela consciência da funcionalidade corporal (Alleva et al., 2017). A cotação da escala é efetuada tendo por base a média das pontuações dos indivíduos nos itens, sendo que valores mais altos evidenciam uma maior apreciação da funcionalidade. No que à consistência interna diz respeito, esta é considerada boa apresentando valores de .86 para uma amostra combinada e de .87 e .84 para mulheres e homens, respetivamente (Alleva, et al., 2017). Ademais, este instrumento ainda não se encontra validado para a população portuguesa, sendo um dos objetivos do projeto do qual o presente estudo está inserido. Deste modo, no corrente estudo, o alfa de Cronbach apresenta um valor de .85 para o grupo clínico e .84 para o grupo não clínico, apresentando uma boa consistência interna.

***Body Responsiveness Scale (BRS)***. A BRS (Daubenmier, 2005) é um questionário constituído por 7 itens com uma escala de tipo *Likert* de sete pontos (1 = *nada verdadeiro a*

*meu respeito*, 7 =  *muito verdadeiro a meu respeito*), que tem como propósito avaliar a tendência do sujeito para integrar as sensações corporais, de modo a dirigir a tomada de decisão e o comportamento e não suprimir ou reagir impulsivamente a estas. Nesta escala, resultados superiores correspondem a uma maior responsividade corporal. A escala teve a sua consistência interna garantida ( $\alpha = .70$ ), sendo que no presente estudo tal não se verificou, apresentando para o grupo clínico um alfa de Cronbach de .58 e para o grupo não clínico de .63.

***NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI-20)***. De modo a avaliar os fatores de personalidade, foi utilizado o NEO-FFI-20, que é uma versão reduzida do NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992; versão portuguesa de Bertoquini, & Pais Ribeiro, 2006), isto é, do NEO-PI-R foram retirados os itens que constituem o NEO-FFI (Costa & McCrae, 1992). Este instrumento é constituído por vinte itens com afirmações autodescritivas onde os participantes, usando uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1 = *Discordo Fortemente*; 2 = *Discordo*; 3 = *Neutro*; 4 = *Concordo*; 5 = *Concordo Fortemente*), assinalam em que medida cada afirmação os descreve. As cinco dimensões de personalidade avaliadas são: *Neuroticismo* (N), *Extroversão* (E), *Abertura à Experiência* (O), *Amabilidade* (A) e *Conscienciosidade* (C). Os resultados da escala correspondem à média das respostas assinaladas em cada dimensão (Costa & McCrae, 1992). A versão portuguesa do NEO-PI-R (versão original) apresenta boas características psicométricas, mede as mesmas dimensões da personalidade que a versão americana e os coeficientes alfa são os seguintes: 0.85 (N), 0.79 (E) 0.84 (O), 0.82 (A) e 0.86 (C) (Lima, 1997). Apesar de cada escala do NEO-FFI-20 possuir apenas quatro itens, os coeficientes alfa atingem o valor mínimo de 0.70 (Nunnally, 1978), variando entre 0.70 e 0.76 (Bertoquini, & Pais Ribeiro, 2006), podendo assim ser considerada satisfatória. Neste estudo, a consistência interna é considerada boa para o fator *Conscienciosidade* ( $\alpha_{\text{grupo clínico}} = .89$  e  $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .78$ ), aceitável para o fator *Extroversão* ( $\alpha_{\text{grupo clínico}} = .71$  e  $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .67$ ) e para o fator *Abertura à Experiência* ( $\alpha_{\text{grupo clínico}} = .71$  e  $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .67$ ), fraca

para o fator *Neuroticismo* ( $\alpha_{\text{grupo clínico}} = .59$  e  $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .62$ ) e, por último, fraca para o grupo clínico do fator *Amabilidade* ( $\alpha_{\text{grupo clínico}} = .49$ ) e aceitável para o grupo não clínico ( $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .71$ ).

**Questionário Sociodemográfico e Clínico.** Com a finalidade de recolher informações sociodemográficas e clínicas dos participantes, foi elaborado um questionário com o objetivo de recolher informações básicas sociodemográficas tais como a idade, o sexo, o estado civil, o grau de escolaridade, a profissão e dados antropométricos (peso e idade), sendo este aplicado aos dois grupos (clínico e não clínico). A componente clínica do questionário é somente aplicada à amostra clínica e tenciona perceber o estado de saúde dos participantes relativamente à sua condição clínica (obesidade); à duração da doença (meses); tipo de tratamentos efetuados e os seus efeitos secundários; o incómodo físico consequente desses efeitos; as implicações da doença na sua funcionalidade; a existência ou não de mais alguma doença crónica (especificando qual e a sua duração); a satisfação que sente com a sua aparência física; em que medida se considera uma pessoa positiva; a existência ou não de episódios de ingestão alimentar compulsiva e a sua frequência; se é candidato a cirurgia bariátrica ou se já realizou alguma no passado e, por último, qual a sua situação atual.

#### **1.4. Procedimentos de recolha de dados**

O atual estudo encontra-se inserido no projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas” e foi autorizado pela Comissão de Ética da FPCEUP (Refª 2018/12-6), assim como pela Comissão de Ética da Santa Casa da Misericórdia do Porto (P.I. Nº 003/2019), da qual o Hospital da Prelada faz parte, e pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João (Ref. CA-301/18).

No que concerne ao método de recolha de dados, em contexto hospitalar, despertou-se pelo convite de participação no estudo, pela psicóloga responsável pelo Serviço de Psicologia do Hospital da Prelada e pela psiquiatra responsável pelo Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de São João, perante o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão pressupostos do projeto. Primeiramente, junto dos participantes procurou-se clarificar a temática e os seus objetivos, bem como a duração estimada do preenchimento e questões éticas. De seguida, era-lhes entregue uma folha com todos os dados pertinentes para a investigação - Folha de Informação ao Participante e a Declaração de Consentimento Informado - que ficaria com estes.

O preenchimento dos questionários foi individual, sendo prestado auxílio a cada participante sempre que era necessário. Após completarem o questionário foi pedido o consentimento destes para o registo de dados pessoais com o objetivo de estabelecer contacto em futuras investigações relacionadas com o projeto.

A recolha física foi realizada antes ou após as consultas de psicologia, nutrição e psiquiatria dos participantes, tendo ocorrido na sala de espera do Hospital da Prelada e no corredor dos gabinetes de consulta externa do Centro Hospitalar de São João, entre março de 2019 e março de 2020, pelas colegas de anos anteriores.

No procedimento de recolha *online*, primeiramente exclusivo para o GNC, o formato do questionário coincidia com a versão em papel. É de ressaltar que o recrutamento dos participantes do GNC foi realizado por via online, na íntegra. Ainda, os participantes tinham a possibilidade de desistirem da participação no estudo caso o pretendessem, em qualquer momento do preenchimento do questionário.

Devido aos tempos pandémicos e consequentemente atípicos em que vivemos, em 2021 não foi possível prosseguir com a recolha da amostra fisicamente em contexto hospitalar, tendo assim que estender a recolha *online* do GNC, também para o GC.

O projeto foi orientado pelos princípios analisados de forma minuciosa na Declaração de Helsínquia, englobando a participação voluntária, consentimento informado e esclarecido, confidencialidade e acesso aos dados (World Medical Association, 2008).

### **1.5. Procedimentos de análise de dados**

Terminado o processo de recolha, os dados foram inseridos e analisados quantitativamente no programa informático IBM SPSS Statistics 27 (Statistical Package for the Social Sciences, versão 27). Antes da realização de qualquer análise foram averiguadas eventuais violações de pressupostos estatísticos que pudessem invalidar os resultados do estudo, nomeadamente a normalidade das distribuições e homogeneidade das amostras. O pressuposto da normalidade das variáveis foi testado, recorrendo aos testes de Kolmogorov-Smirnov com correlação de Lilliefors. No GC, apenas na variável da apreciação corporal (BAS) é que o pressuposto da normalidade foi garantido ( $p > .05$ ) (Lilliefors, 1967), sendo que nas restantes variáveis (BAOS, FAS, BRS e subescalas NEO), este pressuposto não foi garantido ( $p < .05$ ) (Lilliefors, 1967). Todavia, após a verificação dos valores de assimetria e curtose da distribuição nestas variáveis, esta é considerada normal segundo os critérios de Kline (2005), permitindo assim recorrer a testes paramétricos para a análise dos dados ( $|sk| < 3$ ;  $|ku| < 7-10$ ). De forma a verificar a homogeneidade, foi realizado o Teste de Levene, sendo esta encontrada em todas as variáveis ( $p > .05$ ), exceto nas escalas BAOS, no fator Amabilidade e Conscienciosidade ( $p < .05$ ).

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 diz respeito às variáveis dependentes em estudo, foram executadas *Anovas One Way*, tendo utilizado o  $\eta^2$  como indicador do tamanho do efeito, consultando os valores definidos pelo autor (Cohen, 1988), em

conformidade com os resultados sendo que  $<.06$  são classificados de efeito reduzido,  $>.06$  até  $.14$  correspondem a efeito médio e, por último, resultados  $>.14$  representam efeito grande.

De modo a analisar as associações entre as facetas da IC Positiva e os fatores de personalidade, bem como as associações entre as facetas da IC Positiva e as variáveis sociodemográficas - idade, escolaridade, duração de doença e IMC, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Pearson ( $r$ ), consultando as linhas orientadoras de interpretação das associações baseada nos posteriores pontos de corte: correlação fraca equivalente a um  $r$  entre  $.10$  e  $.29$ , correlação moderada com  $r$  entre  $.30$  e  $.49$ , e, por fim, 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 executadas *Anovas One Way* de modo a comparar os resultados totais das facetas da IC Positiva entre a amostra clínica de recolha comunitária, a amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica e o GNC. Na Tabela 1, é possível observar que se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as variáveis.

Em média, os participantes do GNC apresentam níveis significativamente superiores de apreciação corporal ( $M=3.87$ ,  $DP=.67$ ), perceção de aceitação do corpo pelos outros ( $M=3.94$ ,  $DP=.74$ ), funcionalidade ( $M=4.36$ ,  $DP=.52$ ) e responsividade ( $M=4.81$ ,  $DP= 1.04$ ), prosseguindo-se da amostra clínica de recolha comunitária ( $M=3.25$ ,  $DP=.80$ ;  $M=3.02$ ,  $DP=.87$ ;  $M=4.1$ ,  $DP=.60$ ;  $M=3.99$ ,  $DP=.99$ , respetivamente) e, por fim, com as médias mais inferiores, a amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica ( $M=2.82$ ,  $DP=.71$ ;  $M=2.47$ ,  $DP=.69$ ;  $M=3.61$ ,  $DP=.68$ ;  $M=3.96$ ,  $DP=.99$ ).

**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 <sup>2</sup>
BAS-2	2.82 (.71)	3.25 (.80)	3.87 (.67)	52.69	2	<.001	.27
BAOS	2.42 (.69)	3.02 (.87)	3.94 (.74)	92.3	2	<.001	.39
FAS	3.61 (.68)	4.1 (.60)	4.36 (.52)	37.2	2	<.001	.20
BRS	3.96 (.99)	3.99 (.99)	4.81 (1.04)	24.35	2	<.001	.15

*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 dos fatores de Personalidade entre na Amostra Clínica de Recolha Comunitária, Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e Grupo Não Clínico**

Foram realizadas *Anovas One Way* de modo a comparar os resultados totais dos fatores de Personalidade entre a amostra clínica de recolha comunitária, a amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica e o grupo não clínico. Como é possível observar na Tabela 2, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas variáveis Extroversão, Abertura à Experiência e Conscienciosidade.

Em média, os participantes da amostra clínica de recolha comunitária apresentam níveis significativamente superiores de Extroversão (M=1.97; DP=.72) e Conscienciosidade (M=2.72; DP=.82), comparativamente ao GNC (M=1.53; DP=.63; M=2.07; DP=.53) e à amostra de candidatos a cirurgia bariátrica (M=1.41; DP=.65; M=2.13; DP=.57). Enquanto que no fator Abertura à Experiência, é o GNC que apresenta níveis significativamente superiores (M=2.81; DP=.67), seguindo-se da amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica (M=2.67; DP=.73) e, por último, a amostra clínica de recolha comunitária (M=2.43;

DP=.93). Nos fatores Neuroticismo e Amabilidade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

**Tabela 2 - Diferenças entre a Amostra Clínica de Recolha Comunitária, a Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia e o Grupo Não Clínico ao nível dos fatores de Personalidade**

	Amostra Candidatos M (DP)	Amostra Comunitária M (DP)	Grupo Não Clínico M (DP)	Z	gl	<i>p</i> *	<i>eta</i> <sup>2</sup>
NEUROT	1.86 (.68)	2.06 (.78)	1.93 (.61)	1.87	2	.157	.01
EXTROV	1.41 (.65)	1.97 (.72)	1.53 (.63)	16.4	2	<.001	.10
ABERT	2.67 (.73)	2.43 (.93)	2.81 (.67)	6.24	2	.002	.04
AMABIL	2.50 (.47)	2.61 (.76)	2.50 (.65)	.87	2	.419	.01
CONSC	2.13 (.57)	2.72 (.82)	2.07 (.53)	35.43	2	<.001	.2

*Nota.* M – Média; DP – Desvio Padrão; gl – graus de liberdade; NEUROT – Neuroticismo; EXTROV – Extroversão; ABERT – Abertura; AMABIL – Amabilidade; CONSC – Conscienciosidade

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

### **2.3. Análise da relação entre as facetas da IC Positiva e os fatores de Personalidade na Amostra Clínica de Recolha Comunitária e na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia.**

Os resultados da análise da relação entre as facetas da IC Positiva e os fatores de personalidade nos dois grupos clínicos em análise, apresentam-se evidenciados na Tabela 3.

Tal como é possível observar, as quatro facetas da ICP correlacionam-se entre si de forma positiva e estatisticamente significativa, nas duas subamostras do GC, com os valores de *r* a oscilarem entre .29 e .59.

Relativamente às associações entre a ICP e a personalidade, verifica-se que, na amostra comunitária, o neuroticismo correlaciona-se de forma negativa e significativa com as quatro facetas da ICP ( $-.29 < r < -.47$ ). A extroversão revelou correlações positivas estatisticamente

significativas com a apreciação corporal ( $r = .29$ ,  $p = .007$ ), a percepção de aceitação do corpo pelos outros ( $r = .25$ ,  $p = .022$ ) e a funcionalidade ( $r = .23$ ,  $p = .03$ ), mas as três de magnitude baixa. A funcionalidade apresentou correlações estatisticamente significativas e positivas com a abertura à experiência ( $r = .23$ ,  $p = .03$ ), e a conscienciosidade ( $r = .26$ ,  $p = .02$ ), também de magnitude baixa. Por fim, a abertura à experiência exibiu correlações positivas estatisticamente significativas entre a responsividade corporal ( $r = .26$ ,  $p = .02$ ), de magnitude baixa.

Relativamente à amostra de candidatos a cirurgia bariátrica, a apreciação corporal apresentou correlações estatisticamente significativas com a extroversão ( $r = .37$ ,  $p = .003$ .) e a abertura à experiência ( $r = .36$ ,  $p = .004$ ), de magnitude moderada, e a amabilidade ( $r = .28$ ,  $p = .003$ ), de magnitude baixa. Por último, a funcionalidade apresentou uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a amabilidade ( $r = .28$ ,  $p = .03$ ), de magnitude baixa, assim como a responsividade com a abertura à experiência ( $r = .32$ ,  $p = .01$ ), de magnitude moderada.

**Tabela 3 - Correlações entre IC Positiva e os fatores de Personalidade na Amostra Clínica de Recolha Comunitária e na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia**

	BAS-2	BAOS	FAS	BRS	NEUR OT	EXTR OV	ABER T	AMA BIL	CONSC
<b>Comunitária</b>									
<b>BAS-2</b>	1	<b>.52**</b>	<b>.59**</b>	<b>.53**</b>	<b>-.47**</b>	<b>.29**</b>	.14	.10	.11
<b>BAOS</b>		1	<b>.29**</b>	<b>.33**</b>	<b>-.32**</b>	<b>.25**</b>	-.17	.13	.21
<b>FAS</b>			1	<b>.55**</b>	<b>-.24**</b>	<b>.23**</b>	<b>.23**</b>	.21	<b>.26**</b>
<b>BRS</b>				1	<b>-.29**</b>	.13	<b>.26**</b>	.20	.21
<b>Candidatos a Cirurgia</b>									
<b>BAS-2</b>	1	<b>.59**</b>	<b>.57**</b>	<b>.50**</b>	-.23	<b>.37**</b>	<b>.36**</b>	<b>.28*</b>	-.07
<b>BAOS</b>		1	<b>.32*</b>	<b>.33**</b>	-.17	.22	.07	.16	-.08
<b>FAS</b>			1	<b>.30*</b>	-.05	.18	.20	<b>.28*</b>	.05
<b>BRS</b>				1	-.03	.15	<b>.32**</b>	.06	-.14

*Nota:* BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS- Functionality Appreciation Scale; BRS – Body Responsiveness Scale; NEUROT – Neuroticismo; EXTROV – Extroversão; ABERT – Abertura; AMABIL – Amabilidade; CONSC – Conscienciosidade

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

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

#### **2.4. Análise de relação entre as facetas da IC Positiva e as variáveis Idade, Escolaridade, Duração da doença e IMC na Amostra Clínica de Recolha Comunitária e na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia.**

Os resultados da análise da relação entre as facetas da IC Positiva e as variáveis idade, escolaridade, duração da doença e IMC nos dois grupos em análise, encontram-se exibidos na Tabela 4.

Na amostra clínica de recolha comunitária, observou-se a existência de correlações positivas estatisticamente significativas entre a funcionalidade e a escolaridade ( $r = .31$ ,  $p = .004$ ), de magnitude moderada. Encontrou-se ainda uma correlação negativa estatisticamente

significativa entre a percepção de aceitação do corpo pelos outros e o IMC ( $r = -.46, p < .001$ ), de magnitude moderada.

Na amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica, a apreciação corporal demonstrou uma correlação positiva estatisticamente significativa com a idade ( $r = .27, p = .03$ ), de magnitude baixa. Foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre a responsividade corporal e o IMC ( $r = -.30, p = .02$ ), de magnitude moderada,

**Tabela 4 - Correlações entre IC Positiva e Idade, Escolaridade e IMC na Amostra Clínica de Recolha Comunitária E na Amostra Clínica de Candidatos a Cirurgia**

	Idade	Escolaridade	Duração da doença	IMC
<b>Comunitária</b>				
BAS	.17	.13	.02	-.20
BAOS	.05	.02	-.04	<b>-.46**</b>
FAS	-.15	<b>.31**</b>	.11	-.02
BRS	.03	.13	.07	-.09
<b>Candidatos a Cirurgia</b>				
BAS	<b>.27*</b>	.06	.08	-.22
BAOS	.12	.02	.04	-.22
FAS	.23	.23	.21	-.15
BRS	.23	-.11	.03	<b>-.30*</b>

*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 ICP, através das suas facetas 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 os fatores de personalidade (neuroticismo, extroversão, amabilidade, abertura à experiência e conscienciosidade), bem como com algumas variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, duração da doença) e clínica (IMC) entre dois grupos: o não clínico, composto por pessoas normoponderais, e o clínico, que se distribui em dois subgrupos: amostra clínica recolhida em contexto comunitário e amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica.

A partir da análise comparativa da ICP entre a amostra clínica de recolha comunitária, a amostra clínica de candidatos a cirurgia bariátrica e o grupo não clínico, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível de todas as facetas da ICP. O grupo não clínico revelou valores mais elevados em todos os domínios da ICP comparativamente com os dois grupos clínicos, sendo que dentro destes dois, são os candidatos a cirurgia bariátrica que apresentam níveis inferiores de ICP em comparação com a amostra comunitária. Este resultado confirma a hipótese 1 inicialmente formulada, indicando que, de forma genérica, os participantes com excesso de peso/obesidade apresentam uma ICP inferior ao grupo de indivíduos normoponderais em todas as facetas em estudo. É possível constatar que estes resultados corroboram a literatura, a qual evidencia que os indivíduos com excesso de peso e obesidade apresentam maiores dificuldades de aceitação e apreciação corporal, maior insatisfação corporal e menor positividade e orgulho pelo corpo (Rasmus, 2018; Annis et al., 2004; Hill & Williams, 1998). Segundo Annis et al. (2004), a maior percepção de estigma na infância, adolescência e idade adulta foi moderadamente relacionada a uma maior insatisfação e angústia perante a imagem corporal, preocupação com o peso e crenças disfuncionais sobre

a aparência. Se o ambiente social de um indivíduo o considera pouco atraente, não deve ser surpreendente que o indivíduo com obesidade internalize a esta visão de si mesmo. Embora os indivíduos obesos possam ou não ser mais propensos a distorcer o seu tamanho corporal (Schwartz & Brownell, 2004), eles estão mais insatisfeitos com sua aparência e evitam situações sociais em comparação com pessoas normoponderais (Rosen, 2002; Sarwer et al., 1998; Schwartz & Brownell, 2004). Estudos populacionais mostram que a insatisfação corporal aumenta à medida que as pessoas ficam mais acima do peso (Schwartz & Brownell, 2004), e que a insatisfação corporal está associada a um maior sofrimento psicológico, maior risco de desenvolver distúrbios alimentares e maior risco de ganho de peso (Murakami & Latner, 2015).

No que concerne à hipótese 2 inicialmente formulada, esta não se confirma. Relativamente aos traços de personalidade conscienciosidade e neuroticismo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação de grupos apenas para a conscienciosidade, no entanto, o grupo que apresentou níveis mais elevados deste fator foi a amostra clínica recolhida em contexto comunitário, seguindo-se do grupo não clínico. Este resultado não é congruente com a literatura, que defende que dos cinco traços da personalidade, a Conscienciosidade é o traço mais consistentemente associado à obesidade (Sutin & Terracciano, 2016b; Sutin & Terracciano, 2017; Terracciano et al., 2009). Em várias populações e com diferentes medidas de avaliação da personalidade, os indivíduos com níveis mais elevados de Conscienciosidade tendem a ter o IMC mais baixo e são menos propensos a terem obesidade (Sutin & Terracciano, 2017). Relativamente ao neuroticismo, a literatura demonstra menos congruência quanto à associação entre este fator e a obesidade, apesar de existirem alguns indícios de que uma tendência maior para sentir emoções negativas e stress está associado a um maior risco de obesidade (Armon, Melamed, Shirom, Shapira, & Berliner, 2013; Sutin, Ferrucci, Zonderman, & Terracciano, 2011), nem todos os estudos, no entanto, encontram esta associação (Chapman et al., 2009; Möttus et al., 2013).

A literatura existente aparentemente inconsistente pode ser devido ao facto de, em parte, o uso de diferentes medidas da personalidade enfatizarem diferentes facetas dos traços (Sutin et al., 2011). Por exemplo, escalas que exploram os aspetos mais impulsivos do Neuroticismo podem estar mais fortemente relacionadas a um IMC mais alto, ao passo que as escalas que exploram os aspetos de vulnerabilidade deste traço podem estar relacionadas com um IMC mais baixo. Da mesma forma, indivíduos com valores elevados em escalas que enfatizam a componente da Extroversão podem pesar menos, enquanto os indivíduos que obtêm uma pontuação alta em escalas que enfatizam as componentes de emocionalidade positiva da Extroversão podem pesar mais. O que poderá justificar as diferenças encontradas neste estudo ao nível da extroversão, com o grupo clínico a apresentar valores estatisticamente superiores. Como tal, é necessário ter uma avaliação detalhada da personalidade que meça os traços em ambos os níveis mais amplo e restrito para ser capaz de identificar quais são os aspetos dos traços de personalidade que estão associados aos problemas com o peso/corpo (Sutin et al., 2011). Deste modo, é possível levantar a hipótese de que a escala utilizada para medir os traços de personalidade, não enfatize na totalidade as várias componentes que cada traço apresenta, devido ao facto de ter sido utilizada uma versão reduzida adaptada da escala original NEO-PI-R, de apenas 20 itens. Também a questão da desajustabilidade social deve ser considerada como possível fator de influência aquando do momento do preenchimento do questionário, por parte dos participantes.

Relativamente às associações entre as facetas da ICP e os fatores de personalidade conscienciosidade e neuroticismo, verificou-se que na amostra clínica comunitária o neuroticismo correlaciona-se de forma negativa e significativa com as quatro facetas da ICP, o que vai de encontro à hipótese colocada. Segundo Benford e Swami (2014), os indivíduos com um elevado nível de neuroticismo são mais propícios a vivenciarem estados emocionais negativos e de se tornarem facilmente insatisfeitos. Estes são também mais sensíveis à rejeição,

o que poderá aumentar a motivação para obter o “corpo ideal” imposto pela sociedade, colocando, deste modo, os sujeitos num risco mais elevado de terem uma ICN, ao invés da positiva. São várias as investigações que destacam as associações entre o neuroticismo e a imagem corporal, são exemplos, as mulheres que possuem níveis superiores de neuroticismo têm uma avaliação da aparência inferior (Davis et al., 2001), maior preocupação com o peso (Davis et al., 2004), menor apreciação corporal (Swami et al., 2008), e maior discrepância entre o peso real e ideal (Swami et al., 2011). No entanto, o fator conscienciosidade apenas se correlacionou com uma das facetas da ICP (funcionalidade). Na amostra de candidatas a cirurgia bariátrica, não foram encontradas correlações significativas em nenhum dos dois fatores. Neste sentido, estes resultados confirmam apenas parcialmente a hipótese 3 inicialmente formulada.

A relação entre personalidade e obesidade pode ser vista de três perspectivas distintas: 1) a personalidade predis põe a comer excessivamente e/ou um estilo de vida fisicamente inativo, resultando no aumento de peso; 2) a obesidade por si só pode afetar a personalidade; 3) como uma interação entre personalidade e situação, ou seja, uma combinação destes dois mecanismos (Larsen & Torgersen, 1989). Segundo Sutin et al. (2011), identificar o perfil de traço associado ao peso irregular pode ajudar a informar futuras pesquisas de intervenção. Embora os traços de personalidade sejam considerados tendências básicas resistentes à mudança, a expressão dos mesmos, ou as suas adaptações características, é modificável. Desta forma, as intervenções que visam modificar as adaptações características podem ser as mais eficazes. Por exemplo, indivíduos com alta impulsividade e baixa Conscienciosidade podem beneficiar mais de intervenções que enfatizam o planeamento da ementa e os horários regulares das refeições. Além disso, saber o perfil completo de um indivíduo ajudará no planeamento de tratamento diferencial. As intervenções que levam em consideração as diferenças individuais nas preferências de configuração dos exercícios, motivos e barreiras potenciais para o sucesso

podem alcançar melhores resultados de tratamento. Por exemplo, intervenções no estilo de vida e exercícios realizados em grupo podem ser mais eficazes para extrovertidos do que para introvertidos (Sutin, et al., 2011). Posto isto, apesar da hipótese inicialmente formulada ter sido apenas parcialmente confirmada, é bastante relevante dar ênfase à questão da avaliação da personalidade de modo a direcionar futuras intervenções, adaptadas a cada indivíduo.

No que respeita às associações entre as facetas da ICP e as variáveis sociodemográficas da Idade e Escolaridade, os dados encontrados confirmam parcialmente a hipótese 4 inicialmente formulada, no sentido em que se verificou uma associação positiva entre a e a apreciação corporal e a idade na amostra de candidatos a cirurgia bariátrica, e entre a funcionalidade e a escolaridade na amostra de recolha comunitária. Estes dados vão ao encontro da literatura, onde vários autores defendem que com o aumento da idade, as mulheres mudam o seu foco e apreciam mais a sua saúde e funcionalidade ao invés da sua aparência física (Augustus-Horvath & Tylka, 2011; Tiggemann & Lynch, 2001). Em seguimento deste fundamento, num estudo levado a cabo por Tiggemann & McCourt (2013), os resultados mostraram que uma idade mais elevada entre as mulheres foi associada a uma maior apreciação corporal. Além disso, Becker et al. (2019) reportaram que apenas o grupo etário mais velho (61+ anos) de mulheres demonstrou diferenças significativas em relação à ICP, indicando que consistentemente com investigações anteriores, apesar da sensação de insatisfação com o corpo permanecer entre as mulheres, as mesmas são capazes de valorizar e respeitar cada vez mais os seus corpos com o envelhecimento (Tiggemann e McCourt, 2013).

Relativamente à escolaridade e à associação encontrada apenas com a funcionalidade na amostra recolhida em contexto comunitário, esta pode ser explicada pela escassez de literatura no que concerne a esta variável sociodemográfica, ressalvando que o presente estudo é de carácter exploratório. Atendeu-se ao pressuposto de que vários estudos encontraram associações entre a escolaridade e a obesidade, onde a prevalência de obesidade é maior entre

indivíduos apenas com o ensino básico em comparação com pessoas com o ensino secundário (Fuentes et al., 2020), e portanto, foi adaptado e conseqüentemente hipotetizado que poderia estar igualmente associado com as facetas da ICP. Segundo Cutler and Lleras-Muney (2006), a educação está diretamente ligada a uma ampla gama de resultados sociais, incluindo os de saúde, dos quais a educação tem se mostrado um dos principais determinantes, especialmente nos países mais pobres. Estes autores descobriram ainda que aqueles com mais anos de escolaridade têm uma menor probabilidade de ter excesso de peso ou obesidade. Num estudo levado a cabo por Webbink et al. (2008), também se evidenciou uma relação negativa entre a escolaridade e a probabilidade de ter excesso de peso. Spasojevic (2003) descobriu que anos adicionais de educação têm um efeito causal na manutenção de um índice de massa corporal saudável. Segundo Sassi et al., (2009), os indivíduos com maior nível de escolaridade, fazem um melhor uso das informações relacionadas à saúde do que aqueles com menor escolaridade, sendo que a educação oferece aos indivíduos melhor acesso à informação e melhores habilidades de pensamento crítico.

Por último, a análise da relação da ICP e o IMC permitiu-nos confirmar, ainda que parcialmente, a hipótese 5. A relação negativa e significativa encontrada entre o IMC foi apenas com a percepção de aceitação do corpo pelos outros no grupo de recolha comunitária, e apenas entre o IMC e a responsividade corporal no grupo de candidatos a cirurgia bariátrica. Estes resultados são consistentes com a literatura, onde Swami et al. (2021), encontraram igualmente uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre estas duas variáveis, sendo que os autores concluíram que esta associação reflete a valorização cultural da magreza tanto feminina como masculina encontrada em muitos ambientes socioeconomicamente desenvolvidos. Segundo os autores, os indivíduos que correspondem mais aproximadamente a esse ideal cultural podem, portanto, ser mais suscetíveis de obter uma percepção de uma maior aceitação do corpo pelos outros. Contrariamente, indivíduos com um IMC mais elevado,

afastam-se mais destes padrões de beleza impostos pela sociedade, e conseqüentemente, obtêm uma percepção mais negativa de aceitação do corpo pelos outros. De uma forma geral, estes resultados sugerem que a aceitação do corpo pelos outros, é um construto importante a ser considerado em relação à ICP e ao bem-estar psicológico (Swami et al., 2021).

De acordo com Fredrickson e Roberts (1997), a responsividade corporal enfatiza como as sensações corporais são valorizadas e tratadas e não apenas se elas são percebidas pelos indivíduos. Este resultado é corroborado pela literatura, tendo sido igualmente encontrada uma relação negativa por Schwartz & Brownell (2004), onde o IMC mais alto está frequentemente associado a uma pior imagem corporal. Essa relação faz sentido uma vez mais no contexto dos ideais culturais muitas vezes inatingíveis para a aparência de homens e mulheres (Buote, Wilson, Strahan, Gazzola, & Papps, 2011). Segundo Daubenmier (2005), a satisfação com a aparência física pode melhorar como resultado do aumento da consciência corporal e da capacidade de resposta. Em seguimento, é sugerido que futuramente na investigação, o conceito de consciência corporal possa precisar de ser alargado desde a sua conceção original definida por Fredrickson e Roberts (1997), para incluir a capacidade de resposta às sensações corporais, bem como a consciência das mesmas (Daubenmier, 2005).

## Conclusão

Tendo em consideração a escassez de estudos acerca da ICP, a pertinência do presente trabalho reflete-se pelo seu contributo ao permitir um conhecimento mais aprofundado do papel deste construto na doença clínica da obesidade. Tornando-se, deste modo, um projeto inovador neste campo da investigação científica.

Por conseguinte, a partir da investigação realizada foi possível concluir que os indivíduos com excesso de peso/obesidade apresentam valores inferiores de ICP em todas as suas facetas, em comparação com os indivíduos normoponderais. Sendo que dentro dos sujeitos com excesso de peso/obesidade, são os candidatos a cirurgia bariátrica, que se encontram num nível mais agravado da doença, que apresentam os resultados mais baixos. No grupo clínico, dentro dos fatores de personalidade, o neuroticismo revelou ter um impacto negativo e significativo na relação com as facetas da ICP, nomeadamente no grupo de recolha comunitária, o que vai ao encontro da literatura. Também a extroversão demonstrou influenciar algumas facetas da ICP positivamente.

Apesar do contributo considerável deste estudo para a investigação da ICP, tem inevitavelmente algumas limitações. Primeiramente, devido ao contexto pandémico, surgiu a necessidade de recorrer ao procedimento de recolha de dados via online, fazendo com que o peso e a altura dos participantes fossem reportados pelos próprios, não sendo possível assim verificar a sua veracidade. Em segundo, o fator da desabilidade social poderá ter influenciado igualmente a fiabilidade dos dados recolhidos, visto que os indivíduos têm uma tendência a assumir uma postura mais positiva face ao seu corpo e à aceitação do mesmo, por considerarem ser o mais expectável pelos outros. Em terceiro, a autenticidade das respostas pode ter sido posta em causa devido à extensão do protocolo, que pode ter gerado fadiga e frustração nos participantes. Em quarto, o facto de a escala adaptada utilizada para os fatores de Personalidade ser tão reduzida, em apenas vinte itens, possivelmente influenciou o resultado dos mesmos, não

permitindo medir com precisão cada fator, o que poderá justificar a falta de correlações significativas. Em quinto, o desequilíbrio no número de homens e mulheres na amostra, que impossibilitou o procedimento de uma análise comparativa para a variável do gênero, sendo necessário contrabalançar em estudos posteriores. Também a forma como a variável “estado civil” se encontra formulada no protocolo foi uma limitação pois torna impercetível se os participantes se encontravam efetivamente numa relação amorosa estável ou não, impedindo a realização de análises estatísticas, sendo que esta variável é bastante pertinente a ser explorada em investigações futuras. Por último, a fraca consistência interna da escala BRS incentivou à interpretação dos resultados com prudência, bem como na capacidade de generalização dos mesmos.

Em suma, torna-se relevante dar continuidade ao estudo da ICP nesta doença, nomeadamente através de pesquisas longitudinais, nos períodos pré e pós cirurgia, explorando as variáveis psicológicas e sociodemográficas subjacentes a este procedimento, de forma a obter um conhecimento mais aprofundado, permitindo assim alargar o conhecimento nesta área e, conseqüentemente, um melhor prognóstico a nível de intervenção.

## Referências bibliográficas

Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A., & Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 20, 161-167. doi: 10.1007/s11695-008-9726-1

Agra, G., Araújo, L., Filho, J., Formiga, N., Freire, M. & Pessoa, V. (2016). Percepção de mulheres obesas em relação ao seu corpo. *RAIVE*, 2(3).

Alleva, J. M., 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>

Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica [Body image, anxiety and depression in obese patients submitted to bariatric surgery]. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 153–160. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100019>

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>

Augustus-Horvath, C. L., & Tylka, T. L. (2011). The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1),110-125. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022129>

Avalos, L. C., & Tylka, T. L. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 486–497. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-1067.53.4.486>

Avalos, L. C., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285–297. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>

Barbosa, R., Vieira, F. M., Brandão, M. P., Meneses, L., Fernandes, R., & Torres, S. (2018). Measurement of positive body image's facets: Psychometric properties of the BESAA and BAOS in Portuguese adolescents and adults. Poster presented at the Appearance Matters 8 Conference, 12-14 June, Bath, UK.

Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 85-93.

Benford, K., & Swami, V. (2014). Body image and personality among British men: Associations between the Big Five personality domains, drive for muscularity, and body appreciation. *Body image*, 11(4), 454-457.

Berrington de Gonzalez, A., Hartge, P., Cerhan, J., Flint, A., Hannan, L., Macinnis, R., Moore, S., Tobias, G., Anton-Culver, H., Freeman, L., Beeson, L., Clipp, S., English, D., Folsom, A., Freedman, M., Giles, G., Hakansson, N., Henderson, K., Hoffman-Bolton, J., ... Thun, M (2010). Body-Mass index and mortality among 1.46 million white adults. *The New England Journal of Medicine*, 363(23), 2211-2219.

Bertoquini, V. & Pais Ribeiro, J. L. (2006) Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade. *Psychologica* 43, 193-210.

Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130, 887–919.

Brummett, B., Babyak, M., Williams, R., Barefoot, J., Costa, P., & Siegler, I. (2006). NEO personality domains and gender predict levels and trends in body mass index over 14 years during midlife. *Journal of Research in Personality*, 40, 222–236.

Bulik, C., Sullivan, P., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63, 305–312.

Cash, T., & Roy R. (1999). Pounds of flesh: Weight, gender, and body images. In J. Sobal & D. Maurer (Eds.), *Interpreting weight: The social management of fatness and thinness* (pp. 209–228). Aldine de Gruyter.

Cassin, S., & Von Ranson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895–916.

Celio, A., Zabinski, M., & Wilfley, D. (2002). African American body images. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 234–242). Guilford Press.

Chapman, B., Fiscella, K., Duberstein, P., Coletta, M., & Kawachi, I. (2009). Can the influence of childhood socioeconomic status on men's and women's adult body mass be explained by adult socioeconomic status or personality? Findings from a national sample. *Health Psychology*, 28, 419–427.

Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image* (in this issue).

Costa, M., Silva, N., Giacon, T., Victor, A., Vanderlei, C. (2011). Prevalência de sedentarismo, obesidade e risco de doenças cardiovasculares em frequentadores do CEAFIR. *Colloquium Vitae*. 3(1): 22-8.

Costa, P. & McCrae, R. (1992). NEO-PI-R Professional manual. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI). Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.

Cruz, M., & Morimoto, I. (2004). Intervenção nutricional no tratamento da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. *Revista de Nutrição*, 17(2), 263-272.

Dalley, S., & Vidal, J. (2013). Optimism and positive body image in women: The mediating role of the feared fat self. *Personality and Individual Differences*, 55, 465–468. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.006>

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>

Davis, C., Dionne, M., & Shuster, B. (2001). Physical and psychological correlates of appearance orientation. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 21-30.

Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). Looking good—Family focus on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2), 136-144.

Dixon, J., Dixon, M., O'Brien, P. (2002). Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese: changes with weight loss. *Obesity Surgery*. 12:65-71.

Dobrow, J., Kamenetz, C., & Devlin, J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 63-67.

Dumitrescu, L., Zetu, L., Teslaru, S., Dogaru, C., & Dogaru, D. (2008). Is it an association between body appreciation, self-criticism, oral health status, and oral health-related behaviors? *Romanian Journal of Internal Medicine*, 46, 343–350.

Elfhag, K., Finer, N., Rössner, S. (2008) Who will lose weight on sibutramine and orlistat? Psychological correlates for treatment success. *Diabetes Obes Meta*; 10: 498–505.

Evers, C., Stok, F., & de Ridder, D. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 792–804.

Faith, M., Flint, J., Fairburn, C., Goodwin, G., & Allison, D. (2001). Gender differences in the relationship between personality dimensions and relative body weight. *Obesity Research*, 9, 647–650.

Flegal, K., Carroll, M., Kit, B., & Ogden, C. (2012). Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *Jama*, 307(5), 491-497.

Fredrickson, B., & Losada, M. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678–686.

Friedman, H. S. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 668–675.

Gill, T. (2006). Epidemiology and health impact of obesity: an Asia Pacific perspective. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 15(Suppl), 3-14.

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.

Goodwin, R. D., & Friedman, H. S. (2006). Health status and the five factor personality traits in a nationally representative sample. *Journal of Health Psychology*, 11, 643–654.

Halliwel, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image*, 14, 177–189. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.003>

Heaven, P., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., & Fairouz, Y. (2001). Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external, and restrained eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 161–166.

Hill, A., & Williams, J. (1998). Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *International Journal of Obesity*, 22, 578–583.

Hoyt, A., Rhodes, R., Hausenblas, H., & Giacobbi, P. (2009). Integrating five-factor model facet-level traits with the theory of planned behavior and exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 565–572.

Iannantuono, A., & Tylka, T. (2012). Interpersonal and intrapersonal links to body appreciation in college women: An exploratory model. *Body Image*, 9, 227–235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.004>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016). Obesidade nos adultos População residente em Portugal em 2015. *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2013-2016*.

John, O., & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (p. 102–138). Guilford Press.

Jokela, M., Hintsanen, M., Hakulinen, C., Batty, G., Nabi, H., Singh-Manoux, A., & Kivimäki, M. (2013). Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual-participant data. *Obesity Reviews*, 14, 315 - 323.

Kakizaki, M., Kuriyama, S., Sato, Y., Shimazu, T., Matsuda-Ohmori, K., Nakaya, N., Fukao, A., Fukudo, S., & Tsuji, I. (2008). Personality and body mass index: A cross-sectional analysis from the Miyagi Cohort Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 71–80.

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 Scale2 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>

Lima, M. P. (1997). NEO PI-R: *Contextos teóricos e psicométricos “OCEAN” ou “Iceberg”?* Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Lima, P., Horta, L., Motta, S., Valença, S., Oliveira, V., Santos, V. et al. (2015). Evolução do excesso de peso e obesidade até a idade adulta, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982-2012. *Cad Saúde Pública*. 31(9): 2017-25.

Lin, H.-Y., Huang, C.-K., Tai, C.-M., Lin, H.-Y., Kao Y-H., Tsai, C.-C., Hsuan, C.-F., Lee, S.-L., Chi, S.-C., Yen, Y.-C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-1>

Luppino, S., de Wit, M., Bouvy, F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, W., et al. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 67:220-9.

Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2016). Exploring the effect of external shame on body appreciation among Portuguese young adults: The role of self-compassion. *Eating Behaviors*, 23, 174–179. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.006>

Martin, R., Friedman, S., Schwartz, E. (2007). Personality and mortality risk across the life span: the importance of conscientiousness as a biopsychosocial attribute. *Health Psychol*; 26: 428– 436.

Menzel, J., & Levine, M. (2011). Embodying experiences and the promotion of positive body image: The example of competitive athletics. In R. M. Calogero, S. Tantleff-Dunn & J. K. Thompson (Eds.), *Self-objectification in women: Causes, consequences, and counteractions* (pp. 163–186). American Psychological Association.

Milkewicz, N., & Cash T.F. (2000). Dismantling the heterogeneity of obesity: Determinants of body images and psychosocial functioning. *Poster presented at the convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy*.

Munro, A., Bore, R., Munro, D., Garg, L. (2011). Using personality as a predictor of diet induced weight loss and weight management. *Int J Behav Nutr Phy Act*; 8: 129.

Murtagh, L., & Ludwig, D. S. (2011). State intervention in life-threatening childhood obesity. *The Journal of the American Medical Association*, 306(2), 206-207.

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.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Oliveira-Maia, A., Roberts, C., Simon, S., & Nicolelis, M. (2011). Gustatory and reward brain circuits in the control of food intake. *Advances And Technical Standards In Neurosurgery*, 36, 31-59. [https://doi.org/10.1007/978-3-7091-0179-7\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-7091-0179-7_3)

Ozer, D., & Benet-Martinez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401–421.

Petry, M., Barry, D., Pietrzak, H., & Wagner, J. A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine*, 70, 288–297.

Provencher, V., Begin, C., Gagnon-Girouard, M. P., Tremblay, A., Boivin, S., & Lemieux, S. (2008). Personality traits in overweight and obese women: Associations with BMI and eating behaviors. *Eating Behaviors*, 9, 294–302.

Raque-Bogdan, T., Piontkowski, S., Hui, K., Ziemer, K., & Garriot, P. (2016). Self-compassion as a mediator between attachment anxiety and body appreciation: An exploratory model. *Body Image*, 19, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.001>

Rasmus, M. (2018). Body appreciation and body-related pride in normal-weight and overweight/obese individuals: Does romantic relationship matter? *Perspect Psychiatric Care*, 1-7.

Ribeiro, G., Santos, O., Camacho, M., Torres, S., Mucha-Vieira, F., Sampaio, D., & Oliveira-Maia, A. (2015). Translation, cultural adaptation and validation of the power of food scale for use by adult populations in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 28(5), 575-582.

Rhodes, R., & Smith, N. (2006). Personality correlates of physical activity: A review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 40, 958–965.

Roberts, B. W., Walton, K. E., & Bogg, T. (2005). Conscientiousness and health across the life course. *Review of General psychology*, 9(2), 156-168.

Roehling, M., Roehling, P., & Odland, L. (2008). Investigating the validity of stereotypes about overweight employees: The relationship between body weight and normal personality traits. *Group and Organization Management*, 33, 392–424.

Rosenberger, H., Henderson, E., Grilo, M. (2006). Correlates of body image dissatisfaction in extremely obese female bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*; 16:1331-6.

Rothblum, E. (2002). Gay and lesbian body images. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 257–265). Guilford Press.

Rubin, R., & Steinberg, R. (2011). Self-objectification and pregnancy: Are body functionality dimensions protective? *Sex Roles*, 65, 606–618.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.007>

Rush, C. C., Becker, S. J., & Curry, J. F. (2009). Personality factors and styles among college students who binge eat and drink. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 140–145.

Rydén, A., Sullivan, M., Torgerson, J. S., Karlsson, J., Lindroos, A. K., & Taft, C. (2003). Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International*

*Association for the Study of Obesity*, 27(12), 1534–1540.

<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802460>

Santos, C., Burgos, A., & Silva, A. (2006). Perda ponderal após a cirurgia bariátrica de Fobi-Capella: realidade de um hospital universitário do nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(3), 188-192.

Sarwer, B., Thompson, K., & Cash, F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatr Clin North Am.* 28:69-87.

Schwartz, B., & Brownell, 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)

Scott, M., McGee, A., Wells, E., & Oakley, A. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.09.006>

Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 68-72.

Silva, C. & Bittar, C. (2012). Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil. *Revista Saúde e Pesquisa*. 5(1):197-207.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2014). Psychological status, eating behaviour, quality of life of portuguese obesity surgery candidates. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 707-722. <https://dx.doi.org/10.15309/14psd150312>

Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 824-830.

Smolak, L., & Cash, T. (2011). Future challenges for body image science, practice, and prevention. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 471–478). New York: Guilford Press.

Smolak L. & Thompson J. (2009). *Body image, eating disorders, and obesity in youth. Assessment, Prevention, and Treatment* (2nd ed.). Washington DC, USA: American Psychological Association.

Sousa, P., Bastos, P., Venâncio, C., Vaz, R., Brandão, I., Costa, M., Machado, P., & Conceição, M. (2014). Compreender a Sintomatologia Depressiva após a Cirurgia Bariátrica: o Papel do Peso, da Alimentação e da Imagem Corporal. *Acta Médica Portuguesa*, 27(4), 450. <https://doi:10.20344/amp.4907>

Steinbeck, K. (2002). Obesity: the science behind the management. *Internal Medicine Journal*, 32(5-6), 237-241.

Sullivan, S., Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Klein, S. (2007). Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity*, 31, 669–674.

Sutin, A., Ferrucci, L., Zonderman, A., & Terracciano, A. (2011). *Personality and obesity across the adult life span*. *Journal of personality and social psychology*, 101(3), 579–592. <https://doi.org/10.1037/a0024286>

Sutin, A., & Terracciano, A. (2016). Five-Factor Model Personality Traits and the Objective and Subjective Experience of Body Weight. *Journal of personality*, 84(1), 102–112. <https://doi.org/10.1111/jopy.12143>

Swami, V., Barron, D., Weis, L., & Furnham, A. (2016). Bodies in nature: Associations between exposure to nature, connectedness to nature, and body image. *Body Image*, 18, 153–161. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.002>

Swami, V., Hadji-Michael, M., & Furnham, A. (2008). Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image*, 5, 322–325.

Swami, V., Henry, A., Peacock, N., Roberts-Dunn, A., & Porter, A. (2013). "Mirror, mirror...." A preliminary investigation of skin tone dissatisfaction and its impact among

British adults. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 19(4), 468–476. <https://doi.org/10.1037/a0032904>

Swami, V., & Ng, S.-K. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adults in Hong Kong. *Body Image*, 15, 68–71. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.10.009>

Swami, V., Ng, S.-K., & Barron, D. (2016). Translation and psychometric evaluation of a Standard Chinese version of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image*, 18, 23–26. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.005>

Swami, V., Stieger, S., Haubner, T., & Voracek, M. (2008). German translation and psychometric evaluation of the Body Appreciation Scale. *Body Image*, 5(1), 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.10.002>

Swami, V., Taylor, R., & Carvalho, C. (2011). Body dissatisfaction assessed by the Photographic Figure Rating Scale is associated with sociocultural, personality, and media influences. *Scandinavian journal of psychology*, 52(1), 57–63

Swami, V., Von Nordheim, L., & Barron, D. (2016). Self-esteem mediates the relationship between connectedness to nature and body appreciation in women, but not men. *Body Image*, 16, 41–44. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.11.001>

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>

Terracciano, A., Sutin, A., McCrae, R., Deiana, B., Ferrucci, L., Schlessinger, D., Uda, M., Costa, P. (2009). Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosomatic Medicine*, 71, 682–689.

Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10, 624–627. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>

Tylka, T. (2011). Positive psychology perspectives on body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 56–64). New York: Guilford Press.

Tylka, T. (2012). Positive psychology perspective on body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (Vol. 2) (pp. 657–663). San Diego, CA: Academic Press.

Tylka, T., & Kroon Van Diest, A. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 137–153. <https://doi:10.0003-066x/a0030893>

Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118–129. <https://doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.001>

Tylka, L., & Wood-Barcalow, L. (2015b). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53–67. <https://doi:10.1016/j.bodyim.2014.09.006>

van Hout G. (2005). Psychosocial effects of bariatric surgery. *Acta chirurgica Belgica*, 105(1), 40–43.

Vasconcelos, P., & Costa Neto, S. (2008). Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*. 39(1), 58-65.

Wasylikiw, L., MacKinnon, A., & MacLellan, A. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9(2), 236– 245. <https://doi:10.1016/j.bodyim.2012.01.007>

Wertheim, E., & Paxton, S. (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.

Wood-Barcalow, N., Tylka, T., & Augustus-Horvath, C. (2010). “But I Like My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>

World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva.

World Health Organization. (2020, april 01). *Obesity and overweight*. Geneva. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

World Health Organization. (2020). *Obesity Facts & Figures*. WHO. <http://www.who.int/topics/obesity/en/>