

MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Imagem Corporal Positiva, Regulação e Estado Emocional em Candidatos a Cirurgia Bariátrica

Mariana Basto Nora

M

2022





Imagem Corporal Positiva, Regulação e Estado Emocional em Candidatos a Cirurgia Bariátrica

Mariana Basto Nora

Junho, 2022

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

AVISOS LEGAIS

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

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

Estudo em Colaboração

O presente estudo é parte integrante do projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”. Como colaboradora neste projeto de investigação, durante os anos letivos de 2020/2021 e 2021/2022 participei na recolha de dados em contexto hospitalar, inserção dos questionários na base de dados e análise dos dados. O trabalho aqui apresentado baseia-se apenas numa parte dos dados recolhidos e constitui uma análise quantitativa das variáveis associadas à imagem corporal positiva em indivíduos com obesidade candidatos a cirurgia bariátrica, em situação pré-cirúrgica e pós-cirúrgica.

Agradecimentos

À *Professora Doutora Filipa Mucha Vieira* pela presença marcante ao longo dos cinco anos de trabalho, que aqui culminam. Pelo privilégio de caminhar ao lado de uma profissional brilhante na área, nestes dois anos de projeto. Por me permitir, desde o início, realizar um projeto numa população que me diz muito. E, claro, pela postura sorridente e entusiasta que sempre teve num árduo projeto, que me contagiou.

Ao *Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga* por me acolher como parte integrante da sua grande equipa e pelo privilégio de poder contar com os seus utentes na recolha de dados deste projeto.

À *Doutora Ana Luísa Pinto*, o mais especial agradecimento, por tudo. A sua sabedoria profunda, na psicologia e na vida, possibilitaram não só vários contributos para o projeto, mas também para o meu desenvolvimento enquanto pessoa. Ser-lhe-ei eternamente grata.

À *Doutora Joana Soares* pela sua especial ajuda no início da recolha de dados, pela sua prontidão e boa disposição. À *Dra. Anita Mendes* e à *Dra. Daniela* pelo seu envolvimento no projeto, possibilitando a recolha de dados no seu espaço de consulta. Ao *Dr. Mário Nora* pela ajuda e por ser, para mim, fonte de inspiração na sua dedicação ao seu trabalho.

Aos *participantes* que dedicaram um pouco do seu tempo para fazer parte do projeto.

À *Tânia* por seres a minha companheira de todas as horas, boas e más. Por seres o meu porto seguro e ao mesmo tempo me desafiases a ser a melhor versão de mim.

À minha *Mãe* por seres a minha luz, presente em cada passo que dou. Por me deixares sonhar e traçar o meu futuro com a certeza de ter um amor eterno à minha espera em ti. Ao meu *Irmão* e o ao meu *Pai* por me fazerem rir e esquecer as minhas ansiedades.

Aos *Amigos* por me acompanharem ativamente em todos os momentos desta bonita jornada, que agora termina.

“Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry.

Resumo

A imagem corporal positiva (IC Positiva) é um novo construto multifacetado, desenvolvido com base nos estudos da imagem corporal, que se define pela capacidade de um indivíduo apreciar e respeitar o seu corpo, pela sua beleza e funções que este desempenha. A obesidade é uma doença crónica de etiologia multifatorial, que tem atingindo proporções alarmantes em todo o mundo. Apesar da cirurgia bariátrica ser o tratamento mais eficaz, o reganho ponderal de peso após a cirurgia põe em causa o seu impacto positivo no domínio psicológico do indivíduo. Os candidatos tendem a evidenciar os quadros mais graves, do ponto de vista físico e psicológico. Assim o estudo da IC Positiva nesta população é imprescindível para o desenvolvimento do construto e de novas potencialidades e abordagens psicológicas no âmbito do tratamento cirúrgico. O presente estudo propôs-se a analisar as diferenças entre indivíduos com diagnóstico de obesidade candidatos a cirurgia bariátrica, indivíduos em situação pós-cirúrgica e, ainda, indivíduos normoponderais, no que concerne à sua IC Positiva, às suas dificuldades de regulação emocional (RE), bem como face à sintomatologia ansiosa e depressiva. Adicionalmente, analisaram-se associações entre a IC Positiva e as variáveis de domínio emocional, assim como algumas variáveis sociodemográficas e clínicas. Para tal utilizou-se uma amostra de 89 indivíduos em situação pré-cirúrgica, 43 em situação pós-cirúrgica e 53 indivíduos normoponderais. Os resultados apontam para níveis inferiores de IC Positiva por parte de indivíduos em situação pré-cirúrgica, quando comparados com os dois restantes grupos, e níveis inferiores de IC Positiva por parte de indivíduos em situação pós-cirúrgica, quando comparados com o grupo normoponderal. Os grupos não apresentaram diferenças na maioria das subescalas das dificuldades de RE, com exceção da clareza emocional. Verificou-se, ainda, a existência de associações negativas entre a apreciação corporal, a aceitação corporal pelos outros e o autocuidado e os diferentes domínios das dificuldades de RE.

Palavras-Chave: Imagem Corporal Positiva; Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Regulação Emocional; Estado Emocional; Ansiedade; Depressão.

Abstract

Positive Body Image (PBI) is a new multifaceted construct, developed based on body image studies, which can be defined by the ability one has to appreciate and respect their body, for its beauty and its functionality. Obesity is a chronic disease of multifactorial etiology, which has reached alarming proportions worldwide. Even though bariatric surgery is the most effective treatment, weight regains after this surgery emphasizes its impact on individual's psychological dimension. Candidates tend to show the most serious conditions, from a physical and psychological point of view. Thus, the study of PBI in this population is essential for the development of this construct and the identification of new potentialities and psychological approaches within the surgical treatment. The present study aimed to analyze the differences between individuals diagnosed with obesity who are candidates for bariatric surgery, individuals in a post-surgical situation, and normal-weight individuals, regarding their PBI, their emotional regulation (ER) difficulties, as well as anxious and depressive symptoms. Additionally, associations between PBI and ER difficulties and anxious and depressive symptoms, as well as some sociodemographic and clinical variables were established. For this purpose, a sample of 89 individuals in a pre-surgical situation, 43 in a post-surgical situation, and 53 normal-weight individuals was used. The results point to lower levels of PBI in the individuals in a pre-surgical situation, when compared with the two other groups, and lower levels of PBI on the part of individuals in a post-surgical situation when compared to the normal-weight group. The groups showed no differences on most subscales of ER difficulties, apart from emotional clarity. The existence of negative associations between body appreciation, body acceptance by others, and self-care and the different domains of ER difficulties, in all clinical groups, was also identified.

Keywords: Positive Body Image; Obesity; Bariatric surgery; Emotional Regulation; Emotional state; Anxiety; Depression.

Resumé

L'image corporelle (IC) positive est un nouveau concept de multiples facettes, développée sur la base d'études de IC, que se défine par la capacité d'un individu apprécier et respecter son corps, par sa beauté et fonctionnalité. L'obésité est une pathologie chronique d'étiologie multifactorielle, qui a atteint des proportions alarmantes dans le monde. Bien que la chirurgie bariatrique soit le traitement le plus efficace, la reprise de poids après la chirurgie souligne son impact dans le domaine psychologique de l'individu. Les candidats ont tendance à présenter les conditions les plus graves, d'un point de vue physique et psychologique. Ainsi, l'étude de l'IC Positive dans cette population est essentielle pour le développement du concept IC Positive et de nouvelles potentialités et approches psychologiques au sein du traitement chirurgical. La présente étude visait à analyser les différences entre les individus diagnostiqués avec obésité candidats à la chirurgie bariatrique, les individus en situation post-chirurgicale et, les individus de poids normal, concernant leur IC positive, leurs difficultés de régulation émotionnelle (RE) et des symptômes anxieux et dépressifs. De plus, des associations entre l'IC Positive et les variables du domaine émotionnelle ont été analysées, ainsi que certaines variables sociodémographiques et cliniques. Pour cela, un échantillon de 89 individus en situation pré-chirurgicale, 43 en situation post-chirurgicale et 53 individus de poids normal a été utilisé. Les résultats indiquent des niveaux inférieurs de IC Positive chez les individus en situation pré-chirurgicale, par rapport aux deux autres groupes, et des niveaux inférieurs de IC Positive chez les individus en situation post-chirurgicale, par rapport au groupe de poids normal. Les groupes n'ont montré aucune différence sur la plupart des domaines des difficultés de RE, à l'exception de la clarté émotionnelle. Il a également été vérifié l'existence d'associations négatives entre l'appréciation du corps, l'acceptation du corps par les autres et les soins personnels et les différents domaines de difficultés d'RE, en tous les groupes.

Mots clés: Image Corporelle Positive; Obésité; Chirurgie bariatrique; Régulation Émotionnelle; État émotionnel; Anxiété; Dépression.

Índice

Introdução	1
1. Obesidade	1
2. Imagem Corporal Positiva	5
Estudo Empírico	8
1. Método	8
1.1. Desenho do estudo	8
1.2. Participantes	8
1.3. Instrumentos	9
1.4. Procedimentos de Recolha de Dados	12
1.5. Análise de Dados	13
2. Resultados	14
2.1. Análise Comparativa da IC Positiva, Dificuldades de RE, Ansiedade e Depressão entre os grupos clínicos e não clínico	14
2.2. Associação entre IC Positiva, Dificuldade de RE, Ansiedade e Depressão	16
2.3. Associação entre IC Positiva e variáveis sociodemográficas e clínicas nos grupos clínicos	19
Discussão	21
Conclusão	27
Referências Bibliográficas	29

Índice de tabelas

Tabela 1	15
Tabela 2	16
Tabela 3	18
Tabela 4	20

Lista de Acrónimos e Abreviaturas

BAS-2	Escala de Apreciação Corporal
BAOS	Escala de Aceitação Corporal pelos Outros
DERS	Escala de Dificuldades de Regulação Emocional
DP	Desvio-Padrão
EADS	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress
e.g.	Por exemplo (do latim <i>exempli gartia</i>)
et al.	E outros (do latim <i>et alii</i>)
FAS	Escala de Apreciação de Funcionalidade
IC	Imagem Corporal
IMC	Índice de Massa Corporal
M	Média
N	Número de elementos da amostra
p	Nível de significância
r	Coefficiente de Correlação
RE	Regulação Emocional
TCO	Tratamento Cirúrgico da Obesidade

Introdução

1. Obesidade

Nas últimas décadas, a obesidade tem assumido proporções alarmantes em todo o mundo, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos principais problemas de saúde pública (WHO, 2012). Por definição, a obesidade é uma doença crónica que se traduz no excesso de gordura acumulada no corpo capaz de interferir e comprometer a saúde do indivíduo (WHO, 2012, 2018, 2020), resultando do facto de o gasto calórico ser inferior à energia ingerida (Garrido Júnior et al., 2003). É consensual na literatura a etiologia multifatorial desta doença, identificando-se fatores genéticos, hormonais, neuronais, metabólicos, ambientais, comportamentais, psicológicos e económicos como parte integrante deste fenómeno (WHO, 2018).

De modo a facilitar a operacionalização desta doença, importa atentar ao Índice de Massa Corporal (IMC), que se traduz na razão entre o peso em quilogramas (kg) e a altura em metros ao quadrado (m^2), sendo que nos adultos, a partir de um IMC de 30 kg/m^2 atingem-se valores referentes às três classes de obesidade (Classe I [30.0;34.9], Classe II [35.0; 39.9], Classe III [≥ 40.0]). Apesar do IMC ser um dos métodos mais utilizados no diagnóstico da obesidade, este cálculo aritmético é alvo de algumas críticas pela sua indiscriminação do que é massa gorda e do que é massa magra ou muscular. Deste modo, recorre-se a outros parâmetros, tais como o perímetro abdominal, o perímetro das ancas e as pregas cutâneas, de modo a obter uma percentagem de massa gorda mais específica e autêntica do indivíduo.

Esta patologia é um dos principais fatores de riscos para várias condições médicas de longa duração, tais como diabetes mellitus tipo II, hipertensão, dislipidemia, apneia do sono, doença arterial coronária, acidente vascular cerebral, vários tipos de cancro, infertilidade, osteoartrite, doença hepática e da vesícula biliar, dor crónica e efeitos respiratórios adversos (Chu et al., 2018; Okifuji & Hare, 2015; Butland et al., 2008). Para além da baixa qualidade de vida física destes indivíduos, acrescentam-se as variáveis de natureza psicológica, tais como a sintomatologia ansiosa e depressiva, o baixo ajustamento social, a baixa autoestima e a insatisfação com a imagem corporal (Carmo et al., 2008).

A Organização das Nações Unidas (2020) estima que, em todo o mundo, aproximadamente 672 milhões de indivíduos adultos e 338 milhões de crianças em idade

escolar apresentam um diagnóstico de obesidade. Em Portugal, segundo um estudo elaborado pelo Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE) (2021), a prevalência da obesidade é de cerca de 28,7%, aumentando para 67,6% quando considerada também a população com excesso de peso. Tais percentagens traduzem-se num custo direto estimado de cerca de 1.2 mil milhões de euros anuais, correspondente a 0.6% do Produto Interno Bruto. Mais recentemente, dados da ONU (2020) concluem que a obesidade contribui com cerca de 4 milhões de mortes todos os anos, ultrapassando, assim, nos últimos dois, o número de mortes por infeção com COVID-19. Dados relativos ao ano de 2018 da OMS, apontam a obesidade como a segunda maior causa de morte do mundo, acima de doenças como o cancro e de acidentes rodoviários. Posto isto, pela dimensão colossal deste fenómeno, o mundo tem assistido a um aumento de investigação, prevenção e intervenção na área da obesidade, sendo a sua continuidade imprescindível para o controlo da “pandemia mundial do século XXI” (OMS, 2020).

De acordo com Agra e colaboradores (2016) esta patologia encontra-se intimamente associada ao presente estilo de vida da sociedade do mundo moderno, caracterizado por um alto consumo de alimentos industrializados e altamente calóricos, sedentarismo e insuficiente prática de atividade física. No que concerne ao contexto social, encontra-se uma associação da obesidade a níveis socioeconómicos inferiores, apesar desta se encontrar difusa por toda a população.

As intervenções nesta patologia contam com uma colaboração profissional e metodológica multidisciplinar, incluindo programas comportamentais para a mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida, intervenções farmacológicas ou, em última instância, tratamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico da obesidade (TCO) ou cirurgia bariátrica é destinado, de acordo com a circular normativa nº20/DSCS/DIGID de 13/08/2008, a indivíduos com diagnóstico de obesidade mórbida, isto é, $IMC \geq 40\text{kg/m}^2$ ou a casos de $IMC \geq 35\text{kg/m}^2$ com alguma comorbilidade associada. Os pacientes indicados para cirurgia devem completar uma avaliação minuciosa, com recursos a diferentes especialidades médicas, incluindo avaliação psicológica pré-operatória e apoio psicológico de seguimento pós-cirúrgico até 3 anos. As contraindicações abrangem, por norma, causas endócrinas, dependência de álcool ou drogas e doenças psiquiátricas graves (DGS, 2012). O aumento crescente da procura por esta solução cirúrgica em todo o mundo, redirecionou a investigação para os seus efeitos a curto, médio e longo prazo, nas suas várias vertentes (médicas, nutricionais e psicológicas).

A intervenção cirúrgica conduz, de acordo com Maciejewski e colaboradores (2016), a reduções de cerca de 25% do peso inicial, durante os 10 anos pós-cirúrgicos. Os procedimentos realizados atualmente dividem-se em dois tipos: restritivo e restritivo-mal absorptivos, para, respetivamente, limitar a quantidade de alimentos no estômago (e.g., banda gástrica) e aliar à redução do tamanho do estômago, restrições ao nível da absorção intestinal (e.g., bypass gástrico). Herpertz e colaboradores (2015) confirmam que a cirurgia bariátrica é eficaz não só na redução do peso, como também no combate às comorbilidades associadas, como a diabetes tipo II, apneia do sono, hipertensão e dislipidemia. Do ponto de vista psicológico, alguns autores também apontam para melhorias pós-cirúrgicas, nomeadamente ao nível da qualidade de vida (Silva et al., 2018), da sintomatologia depressiva e ansiosa, no funcionamento social e na autoestima (Kubik et al., 2013). Apesar do tratamento cirúrgico ser, até à data, o tratamento mais eficaz, especialmente para casos mais graves de obesidade e casos onde os tratamentos não-cirúrgicos se mostram insuficientes (Padwal et al., 2011), o reganho ponderal de peso ou taxa de reincidência tem sido alvo de alguma preocupação por parte da comunidade médica (Schutz et al., 2019; Heymsfield & Wadden, 2017). Segundo estes autores, tal pode dever-se ao facto de a maior parte da população com reganho ponderal não frequentar o acompanhamento pós-cirúrgico, apesar de este abranger consultas nutricionais e psicológicas de follow-up. Além disso, outros estudos (e.g. Valezi et al., 2004) reportam também, um aumento de perturbações psicológicas pós-cirúrgicas, de acordo com a severidade da obesidade. Investigações recentes denotam que os melhores preditores de resultados benéficos no tratamento da obesidade são de natureza psicológica, nomeadamente uma maior motivação autónoma, autoeficácia e habilidades de autorregulação, sendo que uma imagem corporal positiva e uma restrição alimentar flexível podem também melhorar os seus resultados (Teixeira et al., 2015). Para tal, a adesão do doente às recomendações multidisciplinares do processo de TCO é imperativa.

Os candidatos a cirurgia bariátrica tendem a evidenciar os quadros clínicos mais graves, não só do ponto de vista físico como também psicológico, nomeadamente ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa, baixo autoconceito, baixa qualidade de vida, instabilidade social, familiar e profissional (Silva et al., 2014). A este quadro clínico associa-se a discriminação e o preconceito para com a população com obesidade, uma vez que a edificação deste fenómeno não decorre apenas dos aspetos individuais, mas também da dinâmica interpessoal, assimilação e acomodação das características associadas à categoria de “ser obeso” (Agra et al., 2016).

De modo geral, indivíduos com diagnóstico de obesidade apresentam graves dificuldades na regulação emocional e carecem das capacidades necessárias para lidar efetivamente com a gestão das suas emoções (Han & Pistole, 2014). A regulação emocional (RE) define-se, de acordo com Gross (1998) como um conjunto de processos cognitivos e comportamentais que auxiliam o indivíduo no aumento, manutenção e redução dos seus estados emocionais. Ora, dificuldades na regulação destes processos traduzem-se no recurso a estratégias mal adaptativas para responder às emoções, que, por sua vez, se constituem como fatores de risco para a ocorrência e persistência de várias perturbações psiquiátricas e alimentares (Dejonckheere et al., 2019). Nestes casos, a compulsão alimentar atua como uma resposta a emoções negativas, tipicamente em indivíduos com pesos corporais mais elevados que recorrem, geralmente, ao consumo de *comfort food*, isto é, comida rica em calorias e altamente saborosa (Evers et al., 2010). (Fischer et al., 2007). Por outro lado, as crenças metacognitivas também afetam a regulação emocional de indivíduos com obesidade (Rezaei et al., 2019), podendo estar associadas a uma imagem corporal negativa e experiência de emoções negativas (Vickery & Dorjee, 2016). A persistência destes estados emocionais negativos poderá acentuar as dificuldades de RE a médio e longo prazo, sendo por isso, na opinião de Fernandes e colaboradores (2016), imprescindível estas serem alvo de atenção durante o tratamento da obesidade. Para além disso, o estudo acima referido aponta para *scores* mais elevados de alexitimia, um estilo de pensamento predominantemente orientado para causas externas, níveis inferiores de consciência emocional e dificuldade na utilização de estratégias de regulação emocional por parte de indivíduos com obesidade e, ainda, uma função preditora da depressão e ansiedade relativa às dificuldades de RE.

Nos últimos anos, a investigação tem vindo a salientar a existência de uma relação bidirecional entre a obesidade e as perturbações de humor, já que estas duas patologias frequentemente coocorrem (Castanon et al., 2014). Enquanto uma perturbação de humor pode gerar obesidade, esta última pode também agravar o curso desta perturbação (Luppino et al., 2010). De facto, vários fatores são comumente associados a estas duas patologias, nomeadamente a baixa atividade física, a dieta não saudável, o estigma e o *stress* (Mansur et al., 2015). Assim, o desenvolvimento desta psicopatologia em doentes com obesidade, desenvolve-se, essencialmente, a partir desta estigmatização e isolamento social, levando a uma construção de uma imagem mais negativa de si (Dierk et al., 2006; Mansur et al., 2015).

2. Imagem Corporal Positiva

A Imagem Corporal (IC) define-se, de acordo com Cash (2004), como um conceito multidimensional, onde se traduzem atitudes e percepções face ao próprio corpo, mais especificamente direcionado à aparência física, que podem afetar os comportamentos e as relações com a mesma. Apesar dos inúmeros estudos realizados neste âmbito, no ano de 2011, Smolak e Cash ressaltaram o paradigma predominantemente patológico, considerando-se apenas os aspetos negativos na forma e peso do corpo dos indivíduos (Cash, 2004; Tiggemann, 2004). O conceito subjacente a esta visão é o de IC Negativa, que, por sua vez, se define como uma baixa estima pelo corpo, insatisfação ou vergonha corporal, estabelecendo-se relações significativas com um bem-estar geral inferior (Meland et al., 2007), baixa autoestima (Davison & McCabe, 2006), depressão (Ohring et al., 2002) e perturbações alimentares (Westerberg-Jacobson et al., 2010). O decurso do seu desenvolvimento pode estar associado a diversos fatores de risco, como é exemplo um IMC elevado (Tiggemann, 2004), a internalização de ideais culturais de beleza (Levine, & Murmen, 2009), assim como conversas (Clark & Tiggemann, 2006), provocações (Helfert & Warschburger, 2011) e/ou comparações (Rodgers et al., 2015) relacionadas com o corpo.

A partir deste modelo teórico patologizante, também os programas de intervenções desenvolvidos no âmbito da IC, procuravam atuar no alívio sintomatológico sem ter em consideração a promoção de uma visão positiva da IC, o que limitava este campo de investigação e gerava, no melhor cenário, uma IC neutra de tolerância face ao próprio corpo (Tylka & Barcalow, 2015a).

Através do reconhecimento desta limitação surgem, então, os primeiros estudos sobre a IC Positiva que pode ser definida como o amor, confiança, respeito, estima e aceitação da própria aparência física e das suas funcionalidades (Wood-Barcalow et al., 2010), diferenciando-se de uma ausência de insatisfação corporal (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b; Gillen, 2015). Nas palavras de Halliwell (2015) a IC Positiva não é o oposto de insatisfação corporal, mas sim um aceitar e apreciar o corpo tal como ele é, mesmo que existam características do sujeito que este gostaria de modificar. Uma IC Positiva permite (a) apreciar a beleza única do corpo e as funções que ele executa, (b) aceitar e admirar o corpo, (c) sentir-se bonita/o, confortável, confiante e feliz com o corpo, (d) enfatizar as qualidades do corpo, em vez de realçar as suas imperfeições, (e) ter uma ligação consciente às necessidades do corpo e, finalmente, (f) interpretar a entrada de informações de forma protetora do corpo, em que a maioria das informações positivas é

internalizada e a maioria das informações negativas é rejeitada ou reformulada (Wood-Barcaloz et al., 2010).

De modo a facilitar a operacionalização deste construto foram propostas, pelos autores acima mencionados, seis facetas principais deste constructo, nomeadamente a apreciação corporal, investimento adaptativo na aparência, conceptualização ampla da beleza, positividade interna, percepção de aceitação do corpo pelos outros e flexibilidade psicológica corporal. Ao associar estas facetas a uma faceta multidimensional de bem-estar, envolvendo a vertente emocional, psicológica e social, um estudo de Swami e colaboradores (2017) aponta para uma função preditora da apreciação corporal face a todas as dimensões do bem-estar. A literatura corrobora estes resultados, uma vez que vários são os estudos que comprovam a associação entre IC Positiva e várias medidas de bem-estar emocional, tais como otimismo, afeto positivo, autocompaixão, satisfação com a vida e felicidade subjetiva (Marta-Simões et al., 2016; Dallet & Vidal, 2013; Tylka & Kroon Van Diest, 2013).

Apesar de recente, o conceito de IC Positiva tem vindo a ser alvo de grande interesse por parte da comunidade científica. Ao longo dos últimos anos, foram-se desenvolvendo diversos estudos qualitativos e quantitativos, com vista a maximizar o conhecimento deste conceito, direcionados, na sua maioria, ao seu impacto na vertente psicológica, sendo estes maioritariamente compostos de amostras femininas e jovens.

Dada a relação entre IC Negativa e IMC, os estudos junto da população com obesidade têm focado sobretudo a dimensão negativa da IC. No entanto, esta relação entre excesso de peso e insatisfação corporal parece não ser assim tão simples (Schwartz & Brownell, 2004). Num estudo recente de Razmus (2018), concluiu-se que, de facto, indivíduos com obesidade apresentam uma menor apreciação corporal e orgulho face ao seu corpo, quando comparados com indivíduos com peso normal. No entanto, o autor evidencia que quando os indivíduos estavam numa relação romântica, não existiam diferenças significativas relativas à IC em ambos os grupos. Estes resultados comprovam teses outrora propostas por Tylka e Wood-Barcalow (2015b) de que a atitude que os indivíduos têm sobre o seu corpo é influenciada pela sua percepção de possuir um corpo valorizado e aceite pelos outros e não pelo seu próprio IMC. Também Frisén e Holmqvist (2010) verificaram que mulheres com obesidade e uma IC Positiva estavam suficientemente satisfeitas com o seu corpo, direcionando a sua aparência para outros aspetos e capazes de aceitar os seus defeitos físicos.

No entanto, estas conclusões geram alguma controvérsia, já que várias investigações indicam que valores mais elevados de IMC se associam a menores níveis de bem-estar subjetivo (Datta, Etcoff, & Jaeger, 2016; Duncan, Al-Naleeb e Nevil, 2013; Zach et al., 2013; Hernández et al., 2013; Katsaiti, 2012). De facto, Godoy-Izquierdo e colaboradores (2020) comprovam este paradigma relacional entre IMC e bem-estar ao estabelecerem comparações entre indivíduos com excesso de peso e indivíduos com obesidade ao nível das dimensões percetivas e autoavaliativas da IC, da autoestima, da positividade e da felicidade.

Dada a natureza recente do constructo de IC Positiva e à complexidade de variáveis psicológicas associadas à obesidade, nomeadamente nos casos mais graves dos candidatos a TCO, considera-se pertinente dar continuidade a este estudo, visando compreender a forma como a IC Positiva se manifesta na população com diagnóstico de obesidade, bem como formas de a promover como parte integrante do seu tratamento.

Em suma, considera-se relevante caracterizar a IC Positiva numa amostra clínica de candidatos a TCO em duas situações, nomeadamente pré-cirúrgica e pós-cirúrgica e analisar a sua associação com outras variáveis psicológicas. Assim, a presente investigação de carácter exploratório pretende:

1. Analisar comparativamente indivíduos candidatos a TCO na fase pré-cirúrgica, indivíduos em situação pós-cirúrgica e, ainda, indivíduos normoponderais no que concerne:

- a) à IC Positiva, nas facetas apreciação corporal, perceção de aceitação do corpo pelos outros, apreciação da funcionalidade corporal e responsividade/autocuidado corporal;
- b) às dificuldades de Regulação Emocional;
- c) aos níveis de ansiedade e depressão;

2. Explorar a relação entre a IC Positiva, dificuldades de RE, ansiedade e depressão nos dois grupos clínicos (indivíduos na fase pré-cirúrgica e indivíduos na fase pós-cirúrgica).

3. Explorar a associação entre a IC Positiva e variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, duração da doença, IMC, escolaridade e satisfação com a aparência física), nos dois grupos clínicos.

Estudo Empírico

1. Método

1.1. Desenho do estudo

A presente investigação pretende caracterizar uma amostra de indivíduos com obesidade no processo de TCO, através da análise da IC Positiva nas suas diversas dimensões, das dificuldades de regulação emocional, da presença de sintomatologia ansiosa e depressiva e, ainda, de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas. Para concretização de tal objetivo, recorreu-se ao desenho de um estudo empírico, de carácter exploratório e natureza transversal.

1.2. Participantes

Para concretização do estudo delineado, criaram-se três grupos de participantes: dois grupos clínicos constituídos por indivíduos com diagnóstico de obesidade candidatos a cirurgia bariátrica (GC1), indivíduos já submetidos a cirurgia bariátrica (GC2) e um grupo não clínico (GNC) constituído por indivíduos normoponderais.

O GC1 apresenta como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos (ambos os sexos) e um IMC igual ou superior a 35kg/m^2 , ter conhecimento do seu diagnóstico clínico, acuidade visual normal (ou corrigida para normal) e ser, no momento presente, candidato a TCO. Como critérios de exclusão compõem-se aspetos como 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.

O GC1 é composto por 89 participantes, 80% ($n=71$) do sexo feminino e 20% ($n=18$) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 63 anos de idade ($M=41.4$; $DP=9.1$). A amostra apresenta uma média de 11.1 anos de escolaridade ($DP=3.4$), estando 50 participantes casados ou a viver em união de facto, 21 solteiros, 14 divorciados e, ainda, 4 viúvos. Este grupo apresenta um valor médio de IMC de 40kg/m^2 ($DP=6.03$) e uma duração média da doença de 197.2 meses ($DP=150.9$), ou seja, aproximadamente 16 anos.

O GC2 apresenta como critérios de inclusão específicos a realização de TCO nos últimos 3 anos e não definir IMC mínimo, sendo os restantes critérios de inclusão e exclusão idênticos aos do GC1.

O GC2 compõe-se por 43 participantes, 88% (n=38) do sexo feminino e 12% (n=5) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos de idade ($M=42.9$; $DP=10.1$). A amostra apresenta uma média de 11.4 anos de escolaridade ($DP=3.4$), estando 27 casados ou a viver em união de facto, 12 solteiros, 3 divorciados e, ainda, 1 viúvo. O grupo apresenta um valor médio de IMC de 30.6 kg/m^2 ($DP=4.9$) e uma duração média da doença de 193.7 meses ($DP=159.2$), ou seja, aproximadamente, 16 anos.

A recolha da amostra do GC1 e GC2 concretizou-se, de acordo com uma metodologia não probabilística, uma vez que se realizou por conveniência no Serviço de Psicologia Clínica do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, na consulta de Psicologia do Hospital da Prelada e nas Consultas de Psiquiatria do Centro Hospitalar de São João.

Relativamente ao GNC definiu-se como principal critério de inclusão ter um IMC inferior a 25 kg/m^2 , sendo os restantes idênticos aos grupos clínicos. Uma metodologia bola-de-neve e por conveniência, via *online*, permitiu realizar a recolha desta amostra.

A amostra do GNC é composta por 53 participantes, 81% (n=43) do sexo feminino e 19% (n=10) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 68 anos de idade ($M=42.8$; $DP=13.1$). A amostra apresenta uma média de 12.6 anos de escolaridade ($DP=2.9$), estando 33 casados ou a viver em união de facto, 12 solteiros, 6 divorciados e, ainda, 2 viúvos. O grupo apresenta um valor médio de IMC de 21.9 kg/m^2 ($DP=1.8$).

1.3. Instrumentos

Para concretização dos objetivos delineados recorreu-se aos instrumentos seguidamente apresentados.

Questionário Sociodemográfico e Clínico, cujo objetivo é a recolha de dados relativos à idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil, profissão, peso, altura e satisfação com a aparência, de todos os participantes, assim como informações específicas para o grupo clínico relativamente à duração da doença, tipos de tratamentos realizados e comportamento alimentar.

Body Appreciation Scale 2 (BAS-2). A BAS-2 (Tylka & Wood-Barzalow, 2015a; versão portuguesa de Lemoine et al., 2018) apresenta-se como um instrumento de autorrelato, formado por dez itens cuja resposta se realiza através de uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1= *nunca*, 2= *raramente*, 3= *às vezes*, 4= *frequentemente*, 5= *sempre*). O seu objetivo prende-se com a avaliação da aceitação corporal, as opiniões favoráveis e o respeito face ao corpo. O resultado final deste instrumento corresponde à média das respostas de todos os itens, estando uma maior apreciação corporal associada

a pontuações mais elevadas (Alleva et al., 2017). Na sua versão original, foram asseguradas a estrutura fatorial unidimensional, a consistência interna (com um alfa de Cronbach de $\alpha = .97$) e a validade de construto (convergente, incremental e discriminante). Por sua vez, na versão portuguesa foram legitimadas todas as propriedades psicométricas da escala, dotando-se de uma consistência interna muito boa para o sexo feminino e masculino, com valores de alfa de Cronbach de, respetivamente, $\alpha = .94$ e $\alpha = .91$. Na presente investigação a consistência interna é considerada muito boa ($\alpha_{\text{grupo clínico1}} = .88$, $\alpha_{\text{grupo clínico 2}} = .96$ e $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .92$).

Body Acceptance by Others Scale (BAOS). A BAOS (Avalos & Tylka, 2006; versão portuguesa de Barbosa et al., 2018) designa-se como um instrumento de autorresposta unifatorial, contemplado para a quantificação da forma como o respondente percebe a aceitação do seu corpo por parte de fontes externas, tais como família, amigos, entre outras. Tal perceção pode caracterizar-se como positiva direcionando o indivíduo para o respeito e autocuidado, ou negativa orientando o mesmo para uma necessidade de modificar o seu corpo. A sua realização pressupõe o preenchimento de dez itens, através de escalas de tipo *Likert* de cinco pontos (1= *nunca*, 2= *raramente*, 3= *às vezes*, 4= *frequentemente*, 5= *sempre*). O seu resultado final corresponde à média dos dez itens, estando maiores pontuações associadas a uma maior aceitação percebida pelos outros relativamente à própria imagem corporal e/ou peso (Augus-Horvath & Tylka, 2011). Na sua versão original, a elevada consistência interna do instrumento é assegurada por um alfa de Cronbach de $\alpha = .91$, sendo que na versão portuguesa este valor corresponde a $\alpha = .94$ em amostras independentes de adolescentes e adultos. No presente estudo confere-se uma consistência interna muito boa, uma vez que se obteve valor de alfa de Cronbach de $\alpha_{\text{grupo clínico1}} = .88$, $\alpha_{\text{grupo clínico 2}} = .97$ e $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .93$.

Functionality Appreciation Scale (FAS). A FAS (Alleva et al., 2017) consiste num instrumento de autorrelato que procura aferir a apreciação da funcionalidade corporal. Para tal são apresentados sete itens cuja resposta deve ser dada segundo uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1= *nunca*, 2= *raramente*, 3= *às vezes*, 4= *frequentemente*, 5= *sempre*). O apuramento do resultado final da escala é realizado através da média das respostas a cada item, estando uma maior apreciação da funcionalidade corporal associada a valores mais elevados. A sua consistência interna é apurada na sua versão final, apresentando bons valores de alfa de *Cronbach* de $\alpha = .86$ para uma amostra combinada e de $\alpha = .87$ e $\alpha = .84$ para mulheres e homens, respetivamente (Alleva, et al.,

2017). Na presente investigação, a muito boa consistência interna é assegurada por valores de alfa de *Cronbach* de $\alpha_{\text{grupo clínico 1}} = .84$, $\alpha_{\text{grupo clínico 2}} = .90$ e $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .80$.

Body Responsiveness Scale (BRS). A BRS (Daubenmier, 2005) considera a responsividade às sensações corporais, constituindo-se por 7 itens, com resposta segundo uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1= Nada verdadeiro a meu respeito a 5= Muito verdadeiro a meu respeito). O apuramento do resultado final da escala é realizado através da média das respostas a cada item, estando uma maior responsividade às sensações corporais associada a valores mais elevados. Na sua versão original, a escala apresenta uma boa estrutura unidimensional, com boa consistência interna ($\alpha = .83$). Na presente investigação a boa consistência interna assegura-se pelos valores de alfa de *Cronbach* $\alpha_{\text{grupo clínico 1}} = .64$, $\alpha_{\text{grupo clínico 2}} = .80$ e $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .67$).

Difficulties of Emotional Regulation Scale (DERS). A DERS (Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa: Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) de Coutinho et al., 2009) considera dificuldades na regulação emocional, ao nível da não aceitação das emoções negativas, da inability de se envolver em comportamentos orientados por objetivos quando se experienciam emoções negativas, das dificuldades em controlar impulsos, do acesso restrito a técnicas de regulação emocional, da falta de consciência emocional e falta de clareza emocional (Coutinho et al., 2009). Este é composto por trinta e seis itens que devem ser preenchidos de acordo com uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1= quase nunca se aplica a mim, 2= algumas vezes se aplica a mim, 3= metade das vezes se aplica a mim, 4= a maioria das vezes se aplica a mim, 5= quase sempre se aplica a mim), apresentando, ainda, seis fatores (estratégias, não aceitação, consciência, impulsos, objetivos e clareza. Na sua versão original, o instrumento possui elevados valores de consistência interna ($\alpha = .93$), boa fidelidade teste-reteste ($r_s = .88$) e validades de construto e preditiva apropriadas. Na sua versão portuguesa, encontraram-se propriedades similares, nomeadamente uma boa fidelidade teste-reteste ($r_s = .82$) e uma elevada consistência interna ($\alpha = .92$). No presente estudo apresenta-se uma boa consistência interna de $\alpha_{\text{grupo clínico 1}} = .86$, $\alpha_{\text{grupo clínico 2}} = .87$ e $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .86$).

Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS). A EADS (Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004) está organizada em três escalas distintas, nomeadamente depressão, ansiedade e stress, cada uma constituída por sete itens, resultando num total de vinte e um itens. Estes correspondem a afirmações relativas a sintomas emocionais negativos que reportam à última semana, cuja resposta

se deve situação numa escala de tipo *Likert* de 4 pontos (0 = não se aplicou nada a mim, 1= aplicou-se a mim algumas vezes, 2= aplicou-se a mim muitas vezes, 3= aplicou-se a mim a maior parte das vezes). A pontuação final de respetiva a cada escala, obtém-se pela soma dos resultados dos respetivos sete itens. Valores obtidos mais elevados refletem estados emocionais mais negativos. Na sua versão portuguesa, o instrumento possui valores elevados de fiabilidade nas três escalas, nomeadamente depressão ($\alpha = .85$), ansiedade ($\alpha = .74$) e stress ($\alpha = .81$). No presente estudo que apenas considera as escalas de depressão e ansiedade, apresenta-se uma boa consistência interna de $\alpha_{\text{grupo clínico 1}} = .95$, $\alpha_{\text{grupo clínico 2}} = .98$ e $\alpha_{\text{grupo não clínico}} = .93$.

1.4. Procedimentos de Recolha de Dados

O presente estudo encontra-se inserido no projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”, autorizado pela Comissão de Ética da FPCEUP, assim como pelas Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV), Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João e da Santa Casa de Misericórdia do Porto.

A recolha de dados em contexto hospitalar da amostra referente aos dois grupos clínicos iniciou-se pelo convite de participação no estudo às psicólogas responsáveis pelo Serviço de Psicologia do CHEDV, do Hospital da Prelada e da psiquiatra responsável pelo Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de São João. Num momento inicial clarificava-se aos participantes o tema, objetivos, pertinência, duração e respetivas questões éticas implicadas no estudo. Posteriormente, era-lhes entregue a Folha de Informação ao Participante e a Declaração de Consentimento Informado. O preenchimento dos inquéritos foi individual, sendo que caso surgisse alguma dúvida durante o processo, os participantes poderiam ser auxiliados pela investigadora responsável. Esta recolha realizou-se nas consultas de Psicologia, na subespecialidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade, no CHEDV, entre os dias 3 de janeiro e 24 de abril de 2022.

No que concerne à recolha de dados referente ao GNC, esta foi realizada exclusivamente *online*, sendo de igual forma apresentado aos participantes o Consentimento Informados e todas as informações relevantes ao projeto.

Torna-se, ainda, importante salvaguardar que em ambas as recolhas, os participantes podiam desistir do preenchimento assim que o desejassem.

Relativamente às questões éticas, o projeto orienta-se pelos princípios da Declaração de Helsínquia, incluindo a participação voluntária, o consentimento informado e esclarecido, a confidencialidade e o acesso aos dados (World Medical Association, 2008).

1.5. Análise de Dados

Após término da recolha amostral, os dados foram introduzidos e analisados no programa informático *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 26. Num primeiro momento, foram apuradas eventuais violações de pressupostos estatísticos capazes de inviabilizar os resultados do estudo, através da verificação da normalidade das distribuições e homogeneidade das amostras. Para averiguar a normalidade das distribuições recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com correção *Lilliefors*. O pressuposto da normalidade foi assegurado na maioria das variáveis ($p < .05$). No entanto, nas restantes os valores de assimetria e curtose confirmam a normalidade da sua distribuição, segundo os critérios de Kline (2005). Deste modo, é possível recorrer a testes paramétricos para a análise dos dados recolhidos. Por sua vez, através do Teste de *Levene*, foi validada a homogeneidade das variâncias das variáveis em estudo ($p < .05$) (Levene, 1960). Foi assegurada igualmente a equivalência entre os grupos ao nível das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, nível de escolaridade).

O presente estudo tem como um dos seus principais objetivos a comparação dos três grupos propostos no que diz respeito à IC Positiva, às Dificuldades RE e à sintomatologia ansiosa e depressiva. Para tal, recorreu-se à realização de *Anova's One Way*, utilizando o *eta squared* como indicador do tamanho do efeito, de acordo com os valores definidos por Cohen (1988): $\eta^2 < .06$ efeito reduzido; $\eta^2 = [.06;.14]$ efeito médio e $\eta^2 > .14$ efeito grande. O coeficiente de Correlação de *Pearson* (r) foi empregue com o intuito de avaliar a relação entre a IC Positiva e as restantes variáveis em estudo (clínicas e sociodemográficas), sustentando os resultados pelas diretrizes de Cohen (1988): $r = [.10;.29]$ como correlação fraca, $r = [.30;.49]$ como correlação moderada, e $r = [.50;1]$ como correlação forte.

2. Resultados

2.1. Análise Comparativa da IC Positiva, Dificuldades de RE, Ansiedade e Depressão entre os grupos clínicos e não clínico

Na Tabela 1 e 2 apresentam-se os resultados obtidos nas *Anova's One Way*, para comparação entre os GC1, GC2 e o GNC nas diversas variáveis dependentes em estudo.

De acordo com a Tabela 1, os três grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas ao nível das quatro facetas da IC Positiva, nomeadamente apreciação corporal [$F(2,184)=35.99, p < .001, \eta^2=.28$], aceitação corporal pelos outros [$F(2,184)=61.77, p < .001, \eta^2=.40$], percepção da funcionalidade corporal [$F(2,184)=28.71, p < .001, \eta^2=.24$] e autocuidado [$F(2,183)=25.23, p < .001, \eta^2=.21$]. Pela análise das múltiplas comparações, em todas as facetas, o GC1 (BAS-2: M=2.79; DP=.66) (BAOS: M=2.56; DP=.69) (FAS: M=3.65; DP=.63) (BRS: M=3.82; DP=.99) apresentou valores estatisticamente inferiores ao GC2 (BAS-2: M=3.51; DP=.98) (BAOS: M=3.70; DP=1.03) (FAS: M=4.05; DP=.63) (BRS: M=4.50; DP=.88) e ao GNC (BAS-2: M=3.82; DP=.08) (BAOS: M=3.92; DP=.69) (FAS: M=4.40; DP=.44) (BRS: M=5.02; DP=1.06), apontando para uma IC Positiva mais negativa nos candidatos a TCO. Entre o GC2 e o GNC não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da apreciação corporal (GC2: M=3.51; DP=.98) (GNC: M =3.82; DP=.61). e percepção da aceitação corporal pelos outros (GC2: M=3.70; DP=1.03) (GNC: M =3.92; DP=.69).

Foi incluída também neste ponto a análise da variável relativa à satisfação com a aparência física. Verificou-se que os três grupos apresentam igualmente diferenças estatisticamente significativas entre si [$F(2,183)=47.64, p < .001, \eta^2=.35$]. O GC1 (M=3.05; DP=2.55) apresenta valores estatisticamente mais baixos de satisfação com a aparência física quando comparados com o GC2 (M=6.27; DP=2.41) e GNC (M=6.68; DP=2.10). Entre GC2 e GNC não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 1

Diferenças Relativas à IC Positiva e Satisfação com a Aparência Física Entre os Dois Grupos Clínicos e o Grupo Não Clínico

	GC1 (n=89) <i>M(DP)</i>	GC2 (n=43) <i>M(DP)</i>	GNC (n=53) <i>M(DP)</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p*</i>	η^2
BAS-2	2.79(.66)	3.51(.98)	3.83(.61)	35.99	2,182	.000	.28
BAOS	2.56(.69)	3.70(1.03)	3.92(.69)	61.88	2,182	.000	.40
FAS	3.65(.63)	4.05(.63)	4.40(.44)	28.71	2,182	.000	.24
BRS	3.82(.99)	4.44(.88)	5.02(1.06)	25.23	2,182	.000	.21
Satisfação Ap. Física	3.05(2.55)	6.27(2.41)	6.68(2.10)	47.64	2,181	.000	.35

Nota. *n* – número de sujeitos; *M* – média; *DP* – Desvio Padrão; BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS – Functionality Appreciation Scale; BRS – Body Responsiveness Scale; Sat. Ap. Física – Satisfação com a aparência física.

***os valores de *p* com significância estatística.**

De acordo com a Tabela 2, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente às dificuldades de RE e estado emocional, com exceção do fator Clareza da DERS [$F(2,181)=3.57, p < .05, \eta^2=.04$]. Neste caso, o GC1 ($M=2.24$; $DP=.62$) apresenta valores estatisticamente superiores ao GNC ($M=1.94$; $DP=.68$), apontando para uma menor clareza emocional nos candidatos a TCO.

Tabela 2

Diferenças Relativas às Dificuldades de Regulação Emocional e Estado Emocional (Ansiedade e Depressão) Entre os Dois Grupos Clínicos e o Grupo Não Clínico

	GC1 (n=89) <i>M(DP)</i>	GC2 (n=43) <i>M(DP)</i>	GNC (n=53) <i>M(DP)</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i> *	η^2
DERS	100.17 (108.76)	85.67 (22.36)	79.39 (23.50)	1.28	2,170	.279	.03
Estratégias	2.21(.84)	2.21(.82)	2.01(.82)	1.14	2,179	.322	.01
N. Aceitação	4.61(17.7)	2.34(.91)	2.39(1.07)	.75	2,179	.472	.03
Consciência	2.68(.71)	2.72(.78)	2.42(.73)	2.76	2,179	.066	.03
Impulsos	2.21(.83)	2.19(.76)	1.98(.85)	1.38	2,179	.255	.02
Objetivos	2.66(.81)	2.6(.82)	2.59(.93)	.16	2,179	.852	.00
Clareza	2.24(.62)	2.2(.78)	1.94(.68)	3.57	2,179	.030	.04
Ansiedade	4.3(4.39)	3.92(5.57)	3.57(3.01)	.381	2,117	.684	.00
Depressão	3.53(4.6)	3.5(5.29)	3.96(3.42)	.157	2,117	.855	.00

Nota. *n* – número de sujeitos; *M* – média; *DP* – Desvio Padrão; DERS – Difficulties of Emotional Regulation Scale; N. Aceitação – Não Aceitação.

***os valores de *p* com significância estatística.**

2.2. Associação entre IC Positiva, Dificuldade de RE, Ansiedade e Depressão

Na Tabela 3 encontram-se expostos os resultados das análises de correlação entre as diferentes facetas da IC Positiva, as dificuldades de RE e o estado emocional (sintomatologia ansiosa e depressiva) nos dois grupos clínicos e no GNC.

No GC1, os resultados apontam para correlações negativas estatisticamente significativas de magnitude moderada entre a apreciação corporal e as subescalas de dificuldades de RE – Estratégias, Impulsos e Objetivos – e com a sintomatologia depressiva. Por sua vez, a aceitação corporal pelos outros correlaciona-se negativa e significativamente com a subescala Impulsos das dificuldades de RE, com valores de magnitude fraca. Já a faceta de percepção de funcionalidade corporal correlaciona-se negativa e significativamente com a ansiedade, com valores de magnitude moderada. Por fim, a faceta de autocuidado apresenta correlações negativas de magnitude fraca com as subescalas Estratégias e Clareza e de magnitude moderada com a subescala Consciência.

No GC2, os resultados reportam correlações negativas e significativas entre a apreciação corporal e as dificuldades de RE, a subescala Estratégias e sintomatologia depressiva, de magnitude moderada. Já a aceitação corporal pelos outros correlaciona-se

negativa e significativamente com as subescalas Estratégia, Não Aceitação e com a sintomatologia ansiosa e depressiva, todas de magnitude moderada. A faceta de autocuidado correlaciona-se negativa e significativamente com a subescala Consciência, com uma magnitude moderada.

Por fim, no GNC, os resultados apontam para correlações negativas e estatisticamente significativas, com uma magnitude forte, entre a faceta de apreciação corporal e as dificuldades de RE, com as subescalas Estratégias, Impulsos, Objetivos, Clareza e sintomatologia depressiva. Com uma magnitude moderada, existem correlações negativas entre a apreciação corporal e as subescalas de Não Aceitação e Consciência. Para além disso, com uma magnitude fraca, existem correlações negativas entre a apreciação corporal e a sintomatologia ansiosa. No que concerne à faceta da aceitação corporal pelos outros, esta correlaciona-se negativamente e com uma magnitude moderada com a sintomatologia depressiva. Já a faceta da percepção da funcionalidade corporal correlaciona-se negativamente e com uma magnitude moderada com as dificuldades de RE e as subescalas consciência e clareza. Com uma magnitude fraca, esta faceta correlaciona-se, ainda, com a subescala Impulsos e a sintomatologia depressiva. Por fim, a faceta de autocuidado correlaciona-se negativa e estatisticamente com as dificuldades de RE, as subescalas Estratégias, Não Aceitação, Consciência, Impulsos, Clareza e, ainda, com a sintomatologia depressiva, todas de magnitude moderada.

Tabela 3Correlações (*r*) Entre a IC Positiva, DERS e EADS (Ansiedade e Depressão) nos Dois Grupos Clínicos e no Grupo Não Clínico

	DERS	Estratégias	Não Aceitação	Consciência	Impulsos	Objetivos	Clareza	Ansiedade	Depressão
Grupo Clínico									
Pré-cirúrgico									
BAS-2	.03	-.42**	.08	-.12	-.31*	-.37**	-.17	-.26	-.44*
BAOS	-.04	-.14	-.02	.04	-.28*	-.19	.03	-.15	-.08
FAS	.04	-.04	.07	-.2	-.09	-.07	-.16	-.33*	-.16
BRS	-.01	-.25*	.03	-.31*	-.1	-.13	-.23*	-.15	-.25
Grupo Clínico									
Pós-cirúrgico									
BAS-2	-.34*	-.31*	-.3	-.18	-.2	-.26	-.25	-.35	-.46*
BAOS	-.29	-.35*	-.33*	-.01	-.2	-.25	-.13	-.43*	-.43*
FAS	-.06	-.04	.15	-.13	-.04	-.16	-.01	-.01	-.10
BRS	-.24	-.26	-.05	-.38*	-.14	-.16	-.23	-.25	-.33
Grupo Não Clínico									
BAS-2	-.61**	-.59**	-.35*	-.38*	-.53**	-.51**	-.51**	-.29*	-.57**
BAOS	-.25	-.24	-.12	-.21	-.17	-.2	-.22	-.11	-.35*
FAS	-.31*	-.23	-.01	-.47*	-.27*	-.24	-.38*	-.16	-.29*
BRS	-.45*	-.38*	-.39*	-.33*	-.35*	-.25	-.33*	-.19	-.43*

Nota. BAS-2 – Body Appreciation Scale; BAOS – Body Acceptance by Others Scale; FAS – Functionality Appreciation Scale; BRS – Body Responsiveness Scale; DERS – Difficulties of Emotional Regulation Scale.

*Os valores de *p* com significância estatística para $p < .05$.

**Os valores de *p* com significância estatística para $p < .001$.

2.3. Associação entre IC Positiva e variáveis sociodemográficas e clínicas nos grupos clínicos.

Procurando analisar de forma mais detalhada os grupos clínicos, efetuaram-se análises de correlação, visando identificar possíveis relações entre a IC Positiva e algumas características sociodemográficas e clínicas, como a idade, a escolaridade, a duração da doença, o IMC e a satisfação com a aparência.

Como é possível observar na Tabela 4, no GC1, a apreciação corporal correlaciona-se positivamente com a idade e negativamente com o IMC, ambas de magnitude fraca, e com uma correlação positiva moderada com a satisfação com a aparência física. A faceta de aceitação corporal pelos outros correlaciona-se negativamente com o IMC, com uma magnitude fraca e positivamente com a satisfação com a aparência física, com uma magnitude moderada. Por sua vez, a faceta da funcionalidade corporal correlaciona-se negativamente com o IMC e positivamente com a escolaridade, ambas com magnitude moderada. Por fim, a faceta de autocuidado correlaciona-se positivamente com a idade, com uma magnitude fraca, e com a satisfação com a aparência física, com uma magnitude moderada.

No GC2, a apreciação corporal correlaciona-se negativamente com a idade e a duração da doença com uma magnitude moderada e com o IMC com uma magnitude forte. Para além disso, esta faceta associa-se, ainda, positivamente e com uma magnitude forte com a satisfação com a aparência física. Já a faceta da aceitação corporal pelos outros correlaciona-se negativamente com o IMC e positivamente com a satisfação com a aparência física, ambas com magnitude forte. A faceta da funcionalidade corporal correlaciona-se também negativamente com o IMC, com uma magnitude moderada, e positivamente com a satisfação com a aparência física, com uma magnitude forte.

Tabela 4Correlações (*r*) Entre a IC Positiva, a Idade, a Duração da Doença, o IMC, a Escolaridade e Satisfação com a Aparência Física

	Idade	Duração	IMC	Escolaridade	Satisfação Aparência
Grupo clínico pré-cirúrgico					
BAS-2	.29*	.01	-.23*	.16	.37**
BAOS	.11	.09	-.29*	.01	.36*
FAS	.14	.09	-.3*	.31*	.2
BRS	.25*	.09	-.13	-.09	.34*
Grupo Clínico pós-cirúrgico					
BAS-2	-.31*	-.45*	-.59**	-.09	.62**
BAOS	-.1	-.28	-.57**	-.28	.62**
FAS	-.1	.02	-.48*	.02	.52**
BRS	-.17	-.15	-.23	.03	.19

Nota. 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 para $p < .05$.

**Os valores de *p* com significância estatística para $p < .001$.

Discussão

O objetivo principal do presente estudo, de carácter exploratório, foi comparar um grupo de indivíduos com diagnóstico de obesidade na fase pré-cirurgia de TCO, um grupo de indivíduos na fase pós-cirurgia e, ainda, um grupo de indivíduos normoponderais, no que concerne à IC Positiva, às dificuldades de RE e à sintomatologia ansiosa e depressiva.

No que respeita à IC Positiva, a análise comparativa dos três grupos aponta para a existência de diferenças estatisticamente significativas, nas suas quatro facetas. O grupo de indivíduos com diagnóstico de obesidade em situação pré-cirúrgica apresenta médias de apreciação corporal, aceitação corporal pelos outros, apreciação da funcionalidade corporal e de autocuidado inferiores aos dos dois restantes grupos. Este grupo apresenta, ainda, valores inferiores de satisfação com a aparência física, quando comparado ao grupo normoponderal. Tais resultados são sustentados pela literatura, uma vez que indivíduos com diagnóstico de obesidade demonstram, de modo geral, uma menor apreciação, aceitação, satisfação (Castro, 2019; Ribeiro, 2020), orgulho, positividade e respeito face ao seu corpo (Razmus, 2018). Para além disso, um estudo recente de Gruszka e colaboradores, (2021), com o objetivo de analisar os níveis de satisfação corporal em pacientes com obesidade que procuram tratamento para a doença e pacientes que não procuram tratamento, reporta que, de facto, indivíduos com obesidade que procuram tratamento apresentam maiores níveis de insatisfação corporal.

No entanto, entre o grupo de indivíduos na fase pós-cirúrgica e o grupo não clínico algumas destas diferenças esbatem-se. Isto é, quando comparados com a população normoponderal, o grupo pós-cirúrgico apresenta níveis semelhantes de apreciação corporal, perceção de aceitação do corpo pelos outros e satisfação com a aparência física. Hipotetiza-se que tais resultados podem surgir na medida em que, por norma, indivíduos que se submetem a cirurgia bariátrica sofrem uma perda de peso massiva, o que potencia uma clara satisfação com a sua perda (Boswell, 2010). Adicionalmente, segundo Garrido Júnior e colaboradores (2003) a partir do terceiro mês, os pacientes entram em fase “lua de mel”, onde a perda de peso começa a ser visível a todos, dando espaço para elogios e comentários positivos face à sua nova imagem corporal. Silva e Faro (2015) revelam que indivíduos em situação pós-cirúrgica não referem preconceito ou dificuldades sociais, sugerindo a existência de uma melhoria social no pós-operatório. Ainda assim, há autores que referenciam que a perda massiva de peso, resulta no surgimento de excedentes

cutâneos, por todo o corpo (Boswell, 2010). Estes tecidos moles têm impacto por um lado no bem-estar físico dos indivíduos, pois pode causar dificuldades em andar, urinar, praticar atividade sexual, entre outras, e, conseqüentemente, no bem-estar psicológico ao nível da autoestima e imagem corporal (Améndola et al., 2021; Pierfranco et al., 2022). Por outro lado, Moliner e Rabuske (2008) referenciam que após a perda abrupta de peso podem surgir dificuldades ao nível do reconhecimento e identificação com um corpo magro, podendo desenvolver sentimentos de estranheza ou manutenção da IC anterior sobreposta à do seu corpo atual. No presente estudo, nomeadamente no grupo em fase pós-cirúrgica não foi avaliada a possibilidade de estes terem realizado cirurgia plástica pós-cirúrgica, no entanto hipotetiza-se que este excesso de tecidos moles possa justificar, neste estudo, as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo na fase pós-cirúrgica e o grupo saudável, ao nível da sua perceção da funcionalidade corporal e autocuidado. Neste sentido, após a cirurgia torna-se imprescindível um acompanhamento psicológico no sentido de transformar a sua nova autoimagem, com o intuito de se perceber num novo corpo, não sendo garantia de realização dos seus desejos inicialmente idealizados (Silva & Faro, 2015; Chan et al., 2020; Miranda et al., 2021).

Relativamente às dificuldades de RE encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível da clareza emocional, especificamente entre o grupo em fase pré-cirúrgica e o grupo não clínico. De acordo com Moon e Berenbaum (2009), indivíduos com comportamentos de ingestão alimentar compulsiva, frequentemente associados a pessoas com obesidade mórbida, apresentam uma maior propensão para défices ao nível do processamento e clareza emocional. No entanto, nas restantes dimensões das dificuldades de RE, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, o que não vai ao encontro do que tem vindo a sugerir a literatura. Quando comparados com a população normoponderal, sujeitos com diagnóstico de obesidade mórbida apresentam maior dificuldade na regulação das suas emoções, nomeadamente pelo recurso à supressão das mesmas (Zijlstra et al., 2012; Vieira, 2014; Andrei et al., 2018; Casagrande et al., 2020). De acordo com Lazarus (1998) o *coping* inclui tentativas cognitivas, emocionais e comportamentais para gerir as exigências impostas por fatores negativos. Ora, se indivíduos com obesidade tendem a recorrer à comida como mecanismo de *coping* (Rosa, 2016), então poderá levantar-se a hipótese de que, durante num período de *emotional eating*, os indivíduos com obesidade podem camuflar as suas dificuldades de regulação emocional. Para além disso, nos dois grupos clínicos hipotetiza-se que a ausência de resultados significativos se podem dever

ao facto de a amostra ter sido recolhida no âmbito de consultas de psiquiatria e psicologia, pelo que é esperado que este acompanhamento tenha um impacto positivo nos indivíduos (Silva & Faro, 2015). Por se encontrar num contexto avaliativo, o grupo em fase pré-cirúrgica pode também apresentar uma vontade de corresponder ao que será necessário para avançar no processo de TCO, podendo tal aspeto impactar nos resultados do estudo. No entanto, pela dimensão reduzida da amostra, estas questões carecem de mais estudo.

Por último, no que se refere ao estado emocional, nomeadamente à sintomatologia ansiosa e depressiva não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, não sendo o expectável, uma vez que os níveis de ansiedade e depressão tendem a ser superiores na população com obesidade, quando comparada a indivíduos normoponderais (Lin et al., 2013). Para além disso, a cirurgia bariátrica também tem impacto na redução da sintomatologia ansiosa e depressiva, pelo que seria esperado existirem diferenças entre os indivíduos com diagnóstico de obesidade em situação pré-cirúrgica e os indivíduos em situação pós-cirúrgica (Tae et al., 2014; Simões & Brandão, 2019). No entanto, parte da recolha amostral do presente estudo foi realizada em contexto da pandemia Sars-CoV-2. De acordo com dados recentes (Santomauro, 2021), devido à pandemia, os casos de depressão e de perturbações de ansiedade aumentaram, respetivamente, em cerca de 28% e 26% em todo o mundo. Tal poderá eventualmente explicar a ausência de diferenças significativas entre os grupos, uma vez que estas variáveis não foram controladas.

Como objetivo secundário do estudo, com vista ao desenvolvimento do construto de IC Positiva, estabeleceram-se associações entre vários domínios emocionais e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas.

Deste modo, no que diz respeito às associações entre IC Positiva e as Dificuldades de RE verifica-se um grande contraste entre os grupos, existindo uma predominância de correlações significativas no grupo não clínico. No entanto, apesar não terem sido verificadas diferenças significativas entre os grupos relativamente à maioria das dimensões das dificuldades de RE, algumas dimensões correlacionam-se com facetas da IC Positiva nos dois grupos clínicos. Tal associação entre estes dois construtos é expectável pela forte evidência científica da relação entre a IC Positiva e as dificuldades de RE na população com diagnóstico de obesidade (Tárrega, 2014; Nejati et al., 2017; Barbuti et al., 2021). No grupo clínico pré-cirúrgico, a apreciação corporal apresentou associações negativas com o acesso limitado a estratégias de regulação emocional, com dificuldades no controlo de impulsos e com dificuldades em se envolver num

comportamento direcionado para cumprir objetivos. Para além disso a aceitação corporal pelos outros associou-se negativamente com as dificuldades do controlo de impulsos e o autocuidado associou-se negativamente ao acesso limitado a estratégias de regulação emocional, às dificuldades de consciência emocional e às dificuldades de clareza emocional. Estes resultados corroboram o trabalho desenvolvido por Negati e colaboradores (2017), que referem estratégias de RE ineficazes, tais como ruminação, autculpabilização e catastrofização, por parte de indivíduos com uma IC Negativa, quando comparados com indivíduos com uma IC Positiva. Neste estudo, refere-se ainda que mulheres com uma IC Positiva recorrem a estratégias adequadas de RE, tais como replaneamento de objetivos, aceitação das suas emoções, análise em perspetiva e reorientação e reavaliação positiva. Por sua vez, no grupo clínico pós-cirúrgico, as associações negativas entre a IC Positiva e as dificuldades de RE não se extinguem. Assim se espelha a limitação que a cirúrgica bariátrica apresenta no impacto das dificuldades psicológicas que já existiam previamente. Apesar de existir uma melhoria de algumas variáveis psicológicas com a cirurgia, como o presente estudo também indica, essa melhoria não ocorre em todas as dimensões psicológicas (Goés et al., 2019), sendo para isso necessário um trabalho direcionado ao desenvolvimento de uma melhor relação com o seu corpo (Negati et al., 2017). Prova dessa limitação é o aumento considerável do número de casos de reganho ponderal de peso, dois anos após a operação, que preocupa cada vez mais a comunidade médica (Bastos et al., 2013).

Relativamente às associações entre IC Positiva e a sintomatologia ansiosa e depressiva, estas mostram-se muito evidentes no grupo de indivíduos normoponderais. Tal resultado corrobora-se na literatura que associa a IC Positiva a uma melhor saúde mental em amostras saudáveis (Swami et al., 2008; Tylka & Kroon van Diest, 2013; Gillen, 2015). Estas associações não se mostram tão evidentes na amostra clínica, à semelhança do que acontece em outras patologias. Suscita-se, então, a ideia de que existirão variáveis associadas a cada patologia que podem atuar como fatores mediadores desta relação entre IC Positiva e ansiedade e depressão, nomeadamente questões como a autoestima e o facto de terem relações conjugais satisfatórias (Negati et al, 2017; Rasmus, 2018). Seria interessante, em estudos futuros, avaliar estas questões dos fatores mediadores para conhecer melhor esta relação entre a IC Positiva e a ansiedade e depressão. No grupo clínico pré-cirúrgico, um maior foco na funcionalidade corporal está associado a uma menor sintomatologia ansiosa, tal como documentado na literatura (Allewa et al., 2017). Adicionalmente, no mesmo grupo, uma maior apreciação corporal

associa-se a menores níveis de sintomatologia depressiva. Este resultado pode ser interpretado à luz da premissa de que estados emocionais e pensamento positivo face ao próprio corpo, conduzem a menores níveis de depressão (Avalos & Tylka, 2006). No grupo clínico pós-cirúrgico a associação entre sintomatologia depressiva e apreciação corporal mantém-se, surgindo uma nova associação entre a aceitação corporal pelos outros e ambas as sintomatologias (ansiosa e depressiva). Uma vez mais, evidencia-se o impacto massivo do estigma do peso na saúde psicossocial da pessoa com diagnóstico da obesidade (Taroza & Pessa, 2020).

Por último, através de análises adicionais, foi possível encontrar algumas correlações entre as facetas da IC Positiva e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo. No grupo clínico pré-cirúrgico e pós-cirúrgico demonstrou-se a existência de uma associação positiva entre a apreciação corporal e a idade, corroborada pela literatura, uma vez que esta aponta para que com o aumento da idade, os indivíduos tendem a valorizar mais a saúde e funcionalidade do corpo (Tiggemann & McCourt, 2013; Swami et al., 2016; Atari, 2016). Em ambos os grupos clínicos também se denota a existência de associações negativas entre a apreciação corporal, a aceitação corporal pelos outros e a funcionalidade corporal em relação ao IMC, tais como mencionadas nos estudos de Tylka e Wood-Barcalow (2015a) e Swami e colaboradores (2008). No entanto, outras investigações contrariam esta tese relacional entre IC Positiva e IMC, pela ideia de que uma IC Positiva vai além de um número que advém de um cálculo aritmético, sendo por isso uma experiência subjetiva de vivência e funcionalidade do próprio corpo (Swami et al., 2017; Castro, 2019; Ribeiro, 2020). No grupo clínico pré-cirúrgico foi encontrada uma associação positiva entre a faceta de funcionalidade corporal e o nível de escolaridade. Tal resultado sustenta-se pela literatura, nomeadamente no estudo de Alleva e colaboradores (2017), que denota que indivíduos com maior nível de escolaridade atribuem uma maior importância à funcionalidade corporal para o desenvolvimento de uma perspetiva mais positiva de si. Por sua vez, no grupo clínico pós-cirúrgico, surgiu uma associação negativa entre a faceta de apreciação corporal e a duração da doença, o que se encontra de acordo com o estudo de Wu e Berry (2017), onde é analisado o impacto do estigma relativo ao peso na saúde mental, estando indivíduos com uma maior duração da doença associados a um sofrimento mental face ao estigma. Em ambos os grupos clínicos foram apontadas relações positivas e significativas entre a IC Positiva e a satisfação com a aparência física. Por outras palavras, uma maior satisfação com a aparência física associa-se a uma maior apreciação corporal, aceitação corporal por parte

dos outros, funcionalidade corporal e, ainda, maior autocuidado. Apesar de mais abrangente, o construto de IC Positiva abrange também a capacidade de estar satisfeito com o próprio corpo, independentemente da sua forma (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). De acordo com Avalos e Tylka (2006), a valorização do corpo dentro do que é a sua funcionalidade e aparência, leva a pensamentos e sentimentos positivos em relação ao seu corpo, tendo consequentemente um impacto na consciência das suas necessidades.

Conclusão

Através da presente investigação foi possível concluir que o grupo clínico pré-cirúrgico apresenta valores inferiores de IC Positiva, quando comparado com os dois restantes grupos, estando isso claramente reportado na literatura. Para além disso, o grupo clínico pós-cirúrgico apresenta valores inferiores de IC Positiva, quando comparado com o grupo não clínico, quanto à sua funcionalidade corporal e ao autocuidado. Apesar disso, no que concerne à apreciação corporal, aceitação corporal pelos outros e satisfação com a aparência física as diferenças entre pós-cirúrgicos e indivíduos com um IMC normal deixam de existir, também já previamente referido em estudos anteriores.

Por sua vez, ao nível da regulação e estado emocional e não foram encontradas diferenças entre os grupos, na maioria das dimensões, com exceção da clareza emocional, que é menor em indivíduos em situação pré-cirúrgica, quando comparados com os restantes grupos. Tais resultados não seriam expectáveis pela vasta literatura apoiante das dificuldades de RE, níveis de ansiedade e depressão em indivíduos com diagnóstico de obesidade. No entanto, perante tal, levanta-se a hipótese de que fatores como a desejabilidade social, as expectativas face à cirurgia, traços de personalidade e diferentes níveis de inteligência emocional podem ter impacto no preenchimento do protocolo por parte dos grupos clínicos (Silva & Faro, 2015; Xavier, 2019). Em estudos futuros seria primordial o controlo destas variáveis para aumentar a compreensão dos resultados encontrados.

Para além disso, o estudo permitiu estabelecer associações significativas entre várias facetas da IC Positiva e várias dimensões das dificuldades de RE, nos grupos clínicos, tal como seria expectável de acordo com a literatura que sustenta uma forte e clara relação entre o domínio da RE e a IC Positiva na população com obesidade. A sintomatologia ansiosa e depressiva também se associam a várias facetas da IC Positiva, estando também de acordo com investigações anteriores na área. Tais resultados são importantes na elaboração de futuras abordagens de intervenção, pela influência recíproca entre a IC Positiva e a regulação e estado emocional.

Não obstante ao contributo do estudo para o desenvolvimento do construto de IC Positiva, a presente investigação comporta várias limitações. A primeira prende-se com o facto de se tratar de um estudo de amostras independentes e não de amostras emparelhadas, sendo que avaliar os mesmos indivíduos em dois momentos distintos (pré cirúrgico e pós cirúrgico) aumentaria a fiabilidade das conclusões apontadas. Em segundo

lugar, a diferença amostral entre grupos também tem forte impacto nos resultados, pelo que o aumento do número da amostra pós-cirúrgica, traria uma maior autenticidade na comparação entre grupos. Ainda dentro da amostra, a diferença substancial entre sexos também impactua fortemente nos resultados, o que impossibilitou a comparação por sexo no presente estudo. Por outro lado, a extensibilidade do protocolo também pode ser apontada como uma limitação, não só pelo número de escalas, mas também na forma e disponibilidade emocional e mental para o seu cumprimento. Por último, a deseabilidade social também tem o seu papel na autenticidade das respostas dadas pelos participantes. Além de que se supõe que os indivíduos que participam neste tipo de estudos estão mais propensos a ter em consideração os aspetos da IC Positiva, originando um viés.

Em suma, na sua globalidade, o estudo não potencia apenas o desenvolvimento do domínio da IC Positiva, mas também desempenha um papel importante no tratamento cirúrgico da obesidade. Ora, o aumento do número de cirurgias efetuadas exige um maior foco pela comunidade de investigação nesta área para se auferir os melhores cuidados a estes indivíduos. Sendo a obesidade uma doença crónica de etiologia multifatorial, os cuidados psicológicos não se excluem da equação. A realização de estudos longitudinais e experimentais relativos à IC Positiva (Halliwell, 2015) e à cirurgia bariátrica é imperativa ao desenvolvimento das áreas. No que concerne à prática clínica, um maior conhecimento nestas áreas permite não só agir numa ótica de prevenção, mas também conhecer aspetos psicológicos que potenciam e maximizam os benefícios da cirurgia, podendo assim evitar-se em alguns casos o reganho ponderal de peso, uma questão ainda inerente ao processo de TCO. Assim, aqui se espelha a expectativa de que este estudo possa promover desenvolvimentos e investigações futuras em ambas as áreas, lembrar que os aspetos psicológicos têm impacto nas doenças físicas, sendo uma mais-valia atuar sobre eles e, ainda, liderar uma reflexão própria ao leitor sobre aquilo que é a sua relação com o seu corpo e o impacto que esta pode ter no seu bem-estar físico e psicológico.

Referências Bibliográficas

- 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., Tylka, T., & Van Diest, A. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body Image* 23, 28-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.008>
- Almiro, P. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica*, 2017. 16(3) 252-386. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- Améndola, C., Pineda, C., Andino, D., Flores, G., & Cerrato, C. (2021). Complicaciones e impacto psicológico secundario a remodelación de contorno corporal em pacientes com perdida masiva de peso: serie de casos. <http://dx.doi.org/10.4321/S0379-78922021000400006>
- Andrei, F., Nuccitelli, C., Mancini, G., Reggiani, G. M., & Trombini, E. (2018). Emotional intelligence, emotion regulation and affectivity in adults seeking treatment for obesity. *Psychiatry Research*, 269, 191–198. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.015>
- Atari, M. (2016). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Iran. *Body Image*, 18, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.006>
- Atlantis, E., Ball, K., 2008. Association between weight perception and psychological distress. *Int. J. Obes.* 32, 715–721. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803762>.
- 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>
- Barbosa, R., Vieira, F. M., Brandão, M. P., Meneses, L., Fernandes, R., & Torres, S. (2018, junho). Measurement of positive body image's facets: Psychometric properties of the BESAA and BAOS in Portuguese adolescents and adults. Poster apresentado na Appearance Matters 8 Conference, Bath, Reino Unido.
- Barbuti, M., Carignani, G., Weiss, F., Calderone, A., Santini, F., & Perugi, G. (2021). Mood disorders comorbidity in obese bariatric patients: the role of the emotional dysregulation. *Journal of Affective Disorders*; 279:46-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.128>
- Bastos, E., Barbosa, E., Soriano, G., Santos, E., & Vasconcelos, S. (2013). Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2013; 26(1):26-32.
- Boswell, C. (2010). Body Contouring Following Massive Weight Loss. *Mo Med*. 2010; 107(3): 189-194.
- Butland B, Jebb S, Kopelman P, McPherson K, Thomas S, Mardell J, et al. Foresight. Tackling obesity: future choices—project report. London: Government Office for Science; 2007. <http://www.foresight.gov.uk>.
- Castro, T. (2019). *A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva na obesidade*. (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório da Universidade do Porto.
- Carey, M., Small, H., Yoong, S.L., Boyes, A., Bisquera, A., Sanson-Fisher, R., 2014. Prevalence of comorbid depression and obesity in general practice: a cross-sectional survey. *Br. J. Gen. Pract.* 64, e122–e127. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X677482>.
- Casagrande, M., Boncompagni, I., Forte, G. et al. Emotion and overeating behavior: effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eat Weight Disord* 25, 1333–1345 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9>

- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1–5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1).
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., & Galvão-Teles, A. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity reviews*, 2006; 7,233-237.
- Castanon, N., Lasselin, J., & Capuron, L. (2014) Neuropsychiatric comorbidity in obesity: Role of inflammatory processes. *Front. Endocrinol.* 5:74. <https://doi.org/10.3389/fendo.2014.00071>
- Chan, J., King, M., & Vartanian, L. (2020). Patient perspectives on psychological care after bariatric surgery: a qualitative study. *Clin Obes.* 2020;10:e12399. <https://doi.org/10.1111/cob-123999>.
- Chu DT, Nguyet NT, Dinh TC, Lien NV, Nguyen KH, Ngoc VT, et al. (2018). An update on physical health and economic consequences of overweight and obesity. *Diab Metab Syndr.* 2018;12(6):1095–100. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.05.004>.
- Clark, L. S., & Tiggemann, M. (2006). Appearance culture in 9- to 12-year-old girls: Media and peer influences on body dissatisfaction. *Journal of Social Development*, 15, 628– 643.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Nova Iorque: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, S. (2020). A adaptação psicológica à doença crónica: um estudo comparativo entre a VIH/SIDA e a Lesão Vertebro Medular. (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório da Universidade do Porto.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2009). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>

- Dalley, S. E., & Vidal, J. (2013). Optimism and positive body image in women: The mediating role of the feared fat self. *Personality and Individual Differences*, 55, 465-468. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.006>
- Datta G. N., Etcoff N. L. & Jaeger M. M. (2016). Beauty in mind: the effects of physical attractiveness on psychological well-being and distress. *Journal of Happiness Studies*, 17(3),1313-1325. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9644-6>
- Daubenmier, J.J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self- objetification and disorderer eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29(2), 207–219. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00183.x>
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *Journal of Social Psychology*, 146, 15–30. <http://dx.doi.org/10.3200/SOCP.146.1>.
- Dierk, J., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3):219-27. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.083>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2012). Boas práticas na abordagem do doente com obesidade elegível para cirurgia bariátrica. Orientação nº 028/2012.
- Duncan M. J., Al-Nakeeb Y., & Nevill A. M. (2013). Establishing the optimal body mass index-body esteem relationship in young adolescents. *BMC Public Health*, 13, 662. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-662>
- Evers, C., Stok, F. M., & de Ridder, D. T. D. (2009). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792-804. <https://dx.doi.org/10.1177/0146167210371383>
- Fernandes, J., Ferreira-Santos, F., Miller, K., & Torres, S. (2016) Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19, 111-120. <https://doi.org/10.1111/obr.12607>

- Fischer, S., Chen, E., Katterman, S., Roerhig, M., Bochierrri-Ricciardi, L., Munoz, D., & Le Grange, D. (2007). Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obesity Surgery*, 17, 778–784.
- Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7(3), 205-212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.04.001>
- Jackson, S. E., Beeken, R. J., & Wardle, J. (2015). Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in england. *Obesity*, 23, 1105-1111. <http://dx.doi.org/10.1002/oby.21052>
- Garrido Júnior, A., Ferraz, E., Barroso, F., Marchesini, J., Szegö, T. (2003). *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Gill, H., Gill, B., El-Halabi, S., et al., 2020. Antidepressant medications and weight change: narrative review. *Obesity* 28, 2064–2072. <https://doi.org/10.1002/oby.22969>
- 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.
- Godoy-Izquierdo, D., González-Hernández, J., Rodríguez-Tadeo, A., Lara, R., Ogallar, A., Navarrón, E., Ramírez, M., López-Mora, C., & Arbinaga, F. (2020). Body Satisfaction, Weight Stigma, Positivity, and Happiness among Spanish Adults with Overweight and Obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17, 4146. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124186>
- Góes, I., Nascimento, S., & Freitas, T. (2019). *Impactos psicológicos em pessoas submetidas à cirurgia bariátrica*. Tese de mestrado. Universidade Católica do Salvador. Faculdade de Enfermagem.
- Görlach, M., Kohlmann, S., Shedden-Mora, M., Rief, W., & Westermann, St. (2016). Expressive Supression of Emotions and Overeating in Individual with Overweight and Obesity.

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Gruszka, W., Owczarek, A., Glinianowicz, M., Bak-Sosnowska, M., Chudek, J. & Olszanecka-Glinianowicz, M. (2021). Is there a difference in body size dissatisfaction between the patients with obesity seeking and not seeking treatment for obesity? *BMC Public Health*, 21:1754. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11771-z>
- Halliwel, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image*, 14, 177-189. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.003>
- Helfert, S., & Warschburger, P. (2011). A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image*, 8, 101–109.
- Hernández, A., Mancilla-Díaz, J., Rayón, G., Luyando, M., López, M., & Guerrero, J. (2013). Edad, Consciencia e Interiorización del Ideal Corporal como Predictores de Insatisfacción y Conductas Alimentarias Anómalas. *Revista Colombiana de Psicología*, 2013, 22(1):2344-8544. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 24, 377-382. <https://doi.org/10.1002/erv.2452>
- Herpertz, S., Muller, A., Burgmer, R., Crosby, R., Zwann, M., & Legenbauer, T. (2015). Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 11(6). <https://doi.org/10.1016/j.soard.2015.04.008>
- Heymsfield, S., & Wadden, T. (2017). Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. *N Engl J Med*. 2017. 376(3):254-266. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1514009>

- Katsaiti, M. (2012). Obesity and happiness. *Applied Economics*, 44(31), 4101– 4114. <https://doi.org/10.1080/00036846.2011.587779>.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Kubik, J., Gill, R., Laffin, M., & Karmali, S. (2013). The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *Journal of Obesity*. <https://doi.org/10.1155/2013/837989>
- Langer, V., Singh, A., Aly, A., & Cram, A. (2011). Body contouring following massive weight loss. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 44(1): 14-20. <https://doi.org/10.4103/0970-0358.81439>.
- Lemoine, J., Konradsen, H., Jensen, A., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body Image*, 26, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.04.004>
- Levine, M., & Murnen, S. (2009). Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders. A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 9–42.
- Lin, H.-Y., Huang, C.-K., Tai, C.-M., Lin, H.-Y., Yu-Hsi Kao, Tsai, C.-C., ... Yen, Y.-C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-1>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Luppino, F.S.; de Wit, L.M.; Bouvy, P.F.; Stijnen, T.; Cuijpers, P.; Penninx, B.W.J.H.; Zitman, F.G. Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch. Gen. Psychiatry* 2010, 67, 220–229.

- Maciejewski, M., Arterburn, D., Van Scoyoc, L., Smith, V., Yancy Jr, W., Weidenbacher, H., Livingston, E., & Olsen, M. Bariatric Surgery and Long-term Durability of Weight Loss. *JAMA Surg.* 2016 Nov 1;151(11):1046-1055. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.2317>
- Magro, D., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B., Callejas, F., & Pareja, J. (2008). Long-term Weight Regain after Gastric Bypass: A 5-year Prospective Study. *Obesity Surgery*, 18: 648-651. <https://doi.org/10.1007/s11695-007-9265-1>.
- Mansur, R., Brietzke, E., & McIntyre, R. (2015). Is there a “metabolic-mood syndrome”? A review of the relationship between obesity and mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015;52:89-104. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.017>
- Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2016). Exploring the effect of external shame on body appreciation among Portuguese young adults: The role of selfcompassion. *Eating Behaviors*, 23, 174-179. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.006>
- Meland, E., Haugland, S., & Breidablik, H. (2007). Body image and perceived health in adolescence. *Health Education Research*, 22, 342–350. <http://doi.org/10.1093/her/cyl085>
- Mingrone, G., Panunzi, S., De Gaetano, A., Guidone, C., Iaconelli, A., Leccesi, L., Nanni, G., Pomp, A., Castagneto, M. & Rubino, F. (2012). Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*, 366(17), 1577–1585. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1200111>
- Miranda, N., Sardinha, L., Guedes de Souza, F., & Lemos, V. (2021). A importância do tratamento psicológico em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Congresso Internacional em Saúde*. Ed. 8.
- Moon, A. & Berenbaum, H. (2009). Emotional awareness and emotional eating. *Cognition & Emotion*, 23, 417-429. <https://doi.org/10.1080/02699930801961798>
- Nejati, S., Rezaei, A. M., Moradi, M. & Esfahani, S. R. (2017). Metacognitive beliefs and emotion regulation strategies: obese women with negative and positive body images.

Journal of Research & Health., 7(3), 826-833.
<https://doi.org/10.18869/acadpub.jrh.7.3.826>

Ohring, R., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Girls' recurrent and concurrent body dissatisfaction: Correlates and consequences over 8 years. *The International Journal of Eating Disorders*, 31, 404–415. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10049>

Okifuji A, Hare BD. The association between chronic pain and obesity. *J Pain Res*. 2015;8:399. <https://doi.org/10.2147/JPR.S55598>.

Padwal, R., Klarenbach, S., Wiebe, N., Hazel, M., Birch, D., Karmali, S., ... Tonelli, M. (2011). Bariatric surgery: a systematic review of the clinical and economic evidence. *Journal of General Internal Medicine*, 26(10), 1183-1194. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1721-x>

Pais-Ribiero, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesas das Escalas de Ansiedade Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde & Doenças*. 36(2).

Pais-Ribeiro, J., & Morais, R. (2009). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia Saúde & Doenças*. 11(1): 5-13.

Pierfranco, S., Luca, S., Paolo, M., & Paolo, P. (2022). Puboplasty as na integral step in massive weight loss abdominal contouring: a retrospective assessment of results, stability, and patients' satisfaction. *Journal of Plastic Surgery & Hand Surgery*, p1-9.9p.

Razmus, 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, B. (2020). Imagem Corporal Positiva em Pessoas com Obesidade: Influência das Dimensões da Vinculação e da Regulação Emocional. (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório da Universidade do Porto.

Rivera, M., Porrás-Segovia, A., Rovira, P., Molina, E., Gutiérrez, B., Cervilla, J., 2019. Associations of major depressive disorder with chronic physical conditions, obesity and

medication use: results from the PISMA-ep study. *Eur. Psychiatry* 60, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.04.008>.

Rodgers, R., Mclean, S., & Paxton, S. (2015). Longitudinal Relationships Among Internalization of the Media Ideal, Peer Social Comparison, and Body Dissatisfaction: Implications for the Tripartite Influence Model. *Developmental Psychology*, 51(5), 706–713.

Rosa, M. (2016). *Bem-estar Psicológico e Estratégias de Coping em Adolescentes com e sem Obesidade*. (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório da Universidade de Lisboa.

Santomauro, D. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021; 398: 1700-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

Santos, G. (2021). Para lá do que se vê: Imagem corporal positiva, qualidade e sentido de vida em mulheres com cancro da mama. (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório da Universidade do Porto.

Schauer, P. R., Kashyap, S. R., Wolski, K., Brethauer, S. A., Kirwan, J. P., Pothier, C. E., ..., Bhatt, D. L. (2012). Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes. *New England Journal of Medicine*, 366(17), 1567– 1576. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1200225>

Schuch, F., Vancampfort, D., Firth, J., et al., 2017. Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *J. Affect Disord.* 210, 139–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.050>.

Schutz, D., Busetto, L., Dicker, D., Farpour-Lambert, N., Pryke, R., Toplak, H., Widmer, D., Yumuk, V., & Schutz, Y. *Obes Fact.* 2019;12(1):40-66. <https://doi.org/10.1159/000496183>

Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43– 56. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00007-X)

- Silva, A. (2019). Imagem corporal positiva em sujeitos com lesão vertebro-medular. (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório da Universidade do Porto.
- Silva, C., & Faro, A. (2015). Significações relacionadas à cirurgia bariátrica: estudo no pré e pós-operatório. *Salud & Sociedad*. 6.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2014). Psychological status, eating behaviour, quality of life of portuguese obesity surgery candidates. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 707-722. <https://dx.doi.org/10.15309/14psd150312>
- Silva, J., Vasconcelos, H., Figueiredo-Braga, M., & Carneiro, S. How is Bariatric Surgery Improving the Quality of Life of Obese Patients: A Portuguese Cross-Sectional Study. *Acta Med Port* 2018; 31(7-8):391-398. <https://doi.org/10.20344/amp.9133>
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K. et al. The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *Int. J. Behav. Med.* 15, 194–200 (2008). <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Simões, G., & Brandão, I. Impacto da Cirurgia Bariátrica na Imagem Corporal e Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. 2019; 5(4):51-61. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2019.v5.i4.90>
- Smolak, L., & Cash, T. F. (2011). Future challenges for body image science, practice, and prevention. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.), 471–478. New York: Guilford Press.
- Swami, V., Hadji-Michael, M., & Furnham, A. (2008). Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image*, 5(3), 322– 325. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.03.007>
- Swami, V., Weis, L., Barron, D. & Furnham, A. (2017). Positive body image is positively associated with hedonic (Emotional) and eudaimonic (Psychological and Social) well-being in british adults. *The Journal of Social Psychology*, 158 (5), 541-552. <https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1392278>
- Tae, B., Pelaggi, E., Moreira, J., Waisberg, J., Luongo de Matos, L., & D'Elia, G. (2014). O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento

- bulímico e na qualidade de vida. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2014; 41(3): 155-160.
<https://doi.org/10.1590/S0100-69912014000300004>
- Tárrega, S. (2014). Explicit and implicit emotional expression in bulimia nervosa in the acute state and after recovery. *Plos*, 9(7).
- Tarozo, M., & Pessa, R. (2020). Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2020; 40:1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190910>
- Teixeira, P., Carraça, E., Marques, M., Rutter, H., Oppert, J., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J., & Brug, J. (2015). *BMC Medicine*, 2015, 13:84.
<https://doi.org/10.1186/s12916-015-0323-6>
- Tiggemann, M. (2004). Body Image across the adult life span: stability and change. *Body Image*, 1, 29-41. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00002-0)
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10, 624–627.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>
- Tylka, T. L. & Kroon van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item Refinement and Psychometric Evaluation With College Women and Men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137-153. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030893.supp>
- Tylka, T. L. & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118–129.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Valezi, A., Júnior, J., Brito, E., & Marson A. (2004) Gastroplastia vertical com bandagem em y-de-roux: análise de resultados. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2004; 31(1):49-56. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912004000100010>.

- Vancampfort, D., Mitchell, A.J., De Hert, M., et al., 2015. Prevalence and predictors of type 2 diabetes mellitus in people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Psychiatry* 76, 1490–1499. <https://doi.org/10.4088/JCP.14r09635>
- Vieira, F. (2014). Da ação à emoção: O psicodrama no tratamento da obesidade (Dissertação de doutoramento). Retrieved from Repositório da Universidade do Porto.
- Westerberg-Jacobson, J., Edlund, B., & Ghaderi, A. (2010). A 5-year longitudinal study of the relationship between the wish to be thinner, lifestyle behaviours and disturbed eating in 9-20-year old girls. *European Eating Disorders Review*, 18, 207–219. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.983>
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). “But I Like My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>
- World Health Organization (2012). Obesity and overweight, Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- World Health Organization. (2018). *Obesity Facts & Figures*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- World Health Organization. (2020). Obesity and Overweight. Retirado de <https://www.who.int/topics/obesity/en/>
- World Medical Association (2008). Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved from <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>
- Wu, Y., & Berry, D. (2017). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. <https://doi.org/10.1111/jan.13511>
- Xavier, V. P. P. (2019). Emoção, Regulação Emocional e Comportamento: Aspectos Históricos, Conceituais e Práticos. *Singular: Sociais e humanidades*, 1, 31-39. <https://doi.org/10.33911/singularsh.v1i1.26>

Zach S., Zeev A., Dunsky A., Goldbourt U., Shimony T., Goldsmith R., & Netz Y. (2013). Perceived body size versus healthy body size and physical activity among adolescents - Results of a national survey. *European Journal of Sport Science*, 13, 723–731. <https://doi.org/10.1080/17461391.2013.771382>

Zijlstra, H., Van Middendorp, H., Devaere, L., Larsen, J., Van Ramshorst, B., & Geenen, R. (2012). Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychology & Health*, 27, 1375-1387. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.600761>