



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Consequências percebidas e autoconceito associados
à manutenção da obesidade:
um estudo qualitativo**

HÉLÈNE MARIE DE LA CALLE LOPES

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

2019

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Filipa Pimenta. Apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde

Agradecimentos

Um grande obrigada,

À minha orientadora de dissertação, Filipa Pimenta pela confiança, pelas aprendizagens, e pela qualidade do material de investigação.

Ao meu cônjuge Manuel pelo amor e apoio constante.

À Mara, Kathrin e Margarida pela amizade e apoio.

À Constança pela amizade e trabalho realizado em conjunto nessa investigação.

Aos colegas de turma pela amizade e partilhas nas aulas.

À minha família, meus pais e minha irmã Cécilia pelo amor e apoio que me prestaram a distância.

Ao ISPA pela experiência enriquecedora esses dois últimos anos.

Resumo

Introdução: Em 2014, segundo os dados publicados pelo Inquérito Nacional de Saúde, a prevalência da obesidade nos adultos representava 16,2% em Portugal Continental, 18,5% na Madeira, e 22,1% nos Açores. A presente investigação pretende explorar as consequências percebidas da manutenção da obesidade e o autoconceito espontâneo em adultos. **Método:** A amostra é composta por 33 mulheres e 13 homens com idade média de 45,5 anos ($DP=11,91$ anos) e IMC médio de $39,3\text{kg/m}^2$ ($DP=5,55\text{kg/m}^2$). Foram realizadas entrevistas individuais; de seguida transcritas e codificadas com o recurso a duas técnicas: a análise de conteúdo e a análise temática. **Resultados:** As consequências negativas da manutenção da obesidade identificadas na amostra ($N=46$) foram classificadas entre as seguintes categorias: mobilidade (citada por $n=39$); social ($n=34$); saúde ($n=33$); pessoal ($n=30$); familiares ($n=17$); parceiro(a); ($n=13$), profissional ($n=12$) e filhos ($n=11$). Consequências positivas foram igualmente mencionadas: a manutenção de uma dieta sem restrições, a boa disposição, sendo esta uma consequência resultante da primeira, ser alvo de exigências menores a nível académico e não ter rugas. O autoconceito espontâneo negativo obteve no global maior número de menções que o positivo; e foi evidenciado uma insatisfação com a imagem corporal na maioria da amostra. **Conclusão:** O autoconceito espontâneo positivo, apesar de ser menos representado, poderá revelar focos terapêuticos a serem aproveitados em contexto clínico (e.g., traços psicológicos). Por outro lado, entende-se a importância de identificar as consequências percebidas, quer positivas (e.g., boa disposição), quer negativas (e.g., experiências de estigmatização) pela possibilidade de serem barreiras à perda de peso bem-sucedida.

Palavras-chave: obesidade, adultos, consequências percebidas, autoconceito espontâneo, estudo qualitativo.

Abstract

Introduction: In 2014, according to data published by the National Health Survey, the prevalence of obesity in adults represented 16.2% in mainland Portugal, 18.5% in Madeira, and 22.1% in the Azores. This research aims to explore the perceived consequences of maintaining obesity and spontaneous self-concept in adults. **Method:** The sample consists of 33 women and 13 men with a mean age of 45.5 years ($SD=11.91$ years) and a mean BMI of 39.3kg/m² ($SD = 5.55$ kg/m²). Individual interviews were conducted; then transcribed and coded using two techniques: content analysis and thematic analysis. **Results:** The perceived negative consequences of maintaining obesity identified in the sample ($N=46$) were classified into the following categories: mobility (cited by $n=39$); social ($n=34$); health ($n=33$); personal ($n=30$); family members ($n=17$); partner ($n=13$); professional ($n=12$); and children ($n=11$). Positive consequences were also mentioned: the maintenance of a diet without restrictions, the good mood, which is a consequence of the first, being subjected to lower academic requirements and not having wrinkles. Negative spontaneous self-concept obtained a greater number of mentions than positive ones; and dissatisfaction with body image was evidenced in most of the sample. **Conclusion:** Positive spontaneous self-concept, although less represented, may reveal therapeutic foci to be harnessed in the clinical context (e.g., psychological traits). On the other hand, it is understood the importance of identifying the perceived consequences, either positive (e.g., good mood) or negative (e.g., stigmatization experiences) by the possibility of being barriers to weight loss.

Keywords: obesity, adults, perceived consequences, spontaneous self-concept, qualitative study.

Índice

Introdução.....	1
Objetivos do Estudo.....	4
Método	5
Desenho de Investigação	5
Participantes.....	5
Material.....	8
Procedimento	9
Análise de Dados.....	10
Resultados	12
Discussão.....	25
Consequências Negativas Percebidas.....	25
Consequências Positivas Percebidas	42
Autoconceito Espontâneo	43
Limitações do Estudo e Sugestões Futuras.....	50
Referências Bibliográficas	52
Anexos.....	66
Anexo 1: Revisão de Literatura.....	66
Anexo 2: Investigação WELCOM do WRJC (Artigos Publicados, Dissertações de Mestrado, Comunicação Oral).....	75
Anexo 3: Output Extraídos SPSS.....	76
Anexo 4: Questionário de Triagem	77
Anexo 5: Consentimento Informado	78
Anexo 6: Autorização para a Gravação da Entrevista.....	80
Anexo 7: Questionário Sociodemográfico e de Saúde	81
Anexo 8: Parecer da Comissão da Ética.....	83

Anexo 9: Resumo V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, 2019	84
Anexo 10: Apresentação Comunicação Oral	85

Lista das tabelas

Tabela 1. Caracterização da Amostra	6
Tabela 2. Consequências Negativas da Manutenção da Obesidade	12
Tabela 3. Consequências Positivas da Manutenção da Obesidade	17
Tabela 4. Autoconceito Espontâneo (Negativo, Positivo, Ambivalente e Neutro)	19
Tabela 5. SPSS - Caraterização da Amostra - Sexo	76
Tabela 6. SPSS - Caraterização da Amostra - Idade.....	76
Tabela 7. SPSS - Caraterização da Amostra - IMC.....	76
Tabela 8. SPSS - Caraterização da Amostra - Relação Afetiva e/ou Sexual	76

Introdução

A obesidade é uma doença crónica evitável; corresponde a um excesso de gordura no corpo que pode colocar em risco a saúde (World Health Organization [WHO], 2018); entre as doenças associadas existe a diabetes de tipo 2, as doenças cardiovasculares e alguns cancros, sendo estas as que mais causam mortes prematuras; e também outras condições clínicas: músculo-esqueléticas; e.g., a osteoartrite, uma doença das articulações muito incapacitante (Mayo Clinic, 2019; WHO, 2018). A obesidade impacta negativamente a qualidade de vida dos indivíduos provocando possíveis problemas a vários níveis: físico, social e psicológico (Son, 2017).

Para identificar a obesidade nos adultos, calcula-se o IMC (Índice de Massa Corporal) dividindo o peso do indivíduo pelo quadrado da sua altura (kg/m^2) (WHO, 2018); este estado é identificado a partir de um valor de 30, existindo vários graus: a classe 1 entre os 30.0 e os 34.9, a classe 2 entre os 35.0 e os 39.9 e a obesidade mórbida (classe 3) com IMC acima dos 40 (Centers for diseases control and prevention [CDC], 2017a). Entre 1975 e 2016, a prevalência da obesidade foi multiplicada quase por três, sendo responsável por mais mortes do que a desnutrição; e em 2016, estimava-se que as pessoas com obesidade representavam 13% da população adulta (WHO, 2018). Em Portugal, no período de 2015 a 2016, estimava-se que a doença afetava 21,6% dos adultos (18-64 anos) e 39,2% dos idosos (65-84 anos) (Lopes et al., 2017); a taxa é significativamente alta nesta última faixa etária, como também nas categorias socioeconómicas mais baixas e nos indivíduos com menor literacia (Direção Geral da Saúde [DGS], 2016).

A etiologia da obesidade pode ser apresentada de forma simples, resultando de um balanço energético positivo onde a energia ingerida ultrapassa amplamente a despendida, porém a problemática é mais complexa pois há uma interação de fatores que contribuem para o desenvolvimento e a manutenção da doença sendo estes uma predisposição genética, aspetos comportamentais, socioeconómicos, ambientais e psicológicos (DGS, 2018). Uma abordagem que vise apenas corrigir o desequilíbrio energético não surtirá efeitos positivos especialmente a médio e longo prazo (Chambouleyron et al., 2012).

O tratamento para obesidade requer uma abordagem multidisciplinar com intervenções psicológicas, nutricionais, farmacológicas, e cirúrgicas em alguns casos (Ferreira-Hermosillo, Salame-Khoury, & Cuenca-Abruch, 2018). A mudança comportamental do estilo de vida é sempre indispensável para assegurar a manutenção da perda de peso a longo prazo; sendo esta mais difícil que a perda de peso em si (McMahon, Visram, & Connel, 2016).

Vários determinantes influenciam a mudança comportamental nos indivíduos, e devem ser considerados na elaboração das intervenções para a perda de peso; os acompanhamentos que têm uma vertente essencialmente informativa demonstram pouca eficácia; assim, recomenda-se trabalhar acerca dos determinantes individuais (e.g., motivação) (Marques & Teixeira, 2014). Por outro lado, Lerma, Sofía, Álvarez, Nazar, e Mondragón (2016) salientam a importância de tomar em consideração as perceções dos indivíduos com obesidade; e atribuem a falta de eficácia das intervenções ao facto de não irem ao encontro das perceções sociais e individuais.

O estudo qualitativo de Agra e colegas (2017) tinha como objetivo nomeadamente a exploração do impacto da manutenção da obesidade no dia a dia e na vida afetiva numa amostra de 20 mulheres com obesidade (com idades entre os 18 e 78 anos). As participantes relataram dificuldades em contexto profissional: limitações físicas que dificultam o desempenho das suas funções, assim como experiências de estigmatização. Evidenciaram igualmente a sua insatisfação a nível dos relacionamentos afetivos e a dificuldade em se relacionar intimamente com alguém.

O estudo qualitativo de Yazdani, Sharif, Elahi, Hosseini, e Ebadi (2019) realizado com uma amostra de 20 indivíduos (16 mulheres e 4 homens) entre os 20 e os 65 anos, tinha como objetivo explorar as consequências percebidas da obesidade mórbida na qualidade de vida: foram evidenciadas pelos participantes a existência de condições clínicas associadas (e.g., problemas músculo-esqueléticos, sendo esses os mais referidos), riscos no futuro de ter complicações maiores a nível da saúde, dificuldades na mobilidade (e.g., para se sentar, dormir, vestir, cuidar da sua higiene) ameaçando a autonomia no futuro, dificuldade na aquisição de vestuário (e.g., não poder escolher a roupa desejada), problemas a nível social (e.g., isolamento devido ao preconceito social e familiar), oportunidades perdidas (e.g., educação, casamento, emprego), distúrbios psicológicos (e.g., depressão, insónias) e alterações no autoconceito (e.g., imagem corporal negativa, baixa autoestima e autoconfiança).

Nos indivíduos com obesidade é recomendado o estudo do autoconceito para informar a intervenção (Rosas, Pimenta, Maroco, & Leal, 2017) pois uma vez que envolve dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais (Sisto, Bartholomeu, Rueda, & Fernandes, 2004), pode ajudar na compreensão da manutenção de certos padrões de comportamentos (Vaz-Serra, 1986).

Baumeister (2004) define o autoconceito espontâneo como a representação que o indivíduo tem dele próprio num determinado momento e num determinado domínio, pois é um

construto multidimensional. Trata-se de uma organização hierárquica que designa a totalidade das características que o indivíduo reconhece como fazendo parte dele: e.g., traços psicológicos, emoções (Tamayo, 1981). Os autores Shavelson e Bolus (1982) distinguem 2 dimensões do autoconceito: a acadêmica e a não acadêmica; a parte não acadêmica é constituída pelos domínios social, emocional e físico, integrando a aparência e as aptidões. Em 2008, Harter introduz uma nova classificação com 4 dimensões: competência cognitiva, aparência física, autoestima e aceitação social. O autoconceito é adaptável, pois vai evoluindo conforme o contexto, o próprio dinamismo do indivíduo, assim como as suas interações sociais (Tamayo, 1981).

A autoestima é a parte avaliativa do autoconceito (Baumeister, 2004) e inclui atitudes positivas e negativas (Rosenberg, 1965). Segundo Vaz-Serra (1988), a autoestima contribui de forma significativa na definição do autoconceito; distingue-se a autoestima alta da autoestima baixa: ter uma autoestima baixa está associada a dificuldades na gestão emocional e ao possível desenvolvimento de perturbações emocionais.

Além de existir uma associação entre autoestima e bem-estar subjetivo (Du, King, & Chi, 2017), existe segundo Harter (1999) uma correlação robusta entre a autoestima e a aparência física. A literatura documenta que a obesidade afeta negativamente a imagem corporal (e.g., Son, 2017), assim como a autoestima em alguns casos (Silva, 2015).

A imagem corporal representa as percepções que o indivíduo tem do seu corpo, essencialmente a nível da aparência física; de forma alargada, o construto envolve também as percepções acerca das suas competências físicas funcionais e integridade biológica (e.g., saúde, competências atléticas, coordenação; Cash, 2012).

A investigação acerca do autoconceito nos adultos com obesidade é escassa, encontrando-se essencialmente estudos com amostras de crianças e adolescentes (Mukherjee, Bhattacharya, Mukhopadhyay, & Poddar, 2017).

Thomas e colaboradores (2010) exploraram o autoconceito nos adultos com obesidade, usando a metodologia qualitativa com uma amostra de 142 participantes. Os participantes utilizaram vários traços psicológicos positivos para se descreverem; porém, a maioria da amostra manifestou uma insatisfação com a imagem corporal e muitos revelaram experimentar sentimentos de culpa e de vergonha por ter esta condição. Entre as estratégias de coping identificadas, foram mencionadas o isolamento social, tentar ser perfeito noutros domínios, a aceitação do peso e investir na aparência. O estudo revelou que apesar de tentarem arranjar estratégias como forma de compensar, os participantes percecionavam ainda assim o preconceito por parte dos outros.

Objetivos do Estudo

Decorre uma investigação qualitativa no William James Center for Research (WEL-COM) que reúne os temas da obesidade e da perda de peso bem-sucedida sendo a exploração dos mecanismos responsáveis pela manutenção da obesidade um dos objetivos. As referências de alguns trabalhos (i.e., artigos publicados, dissertações de mestrado, comunicação oral) realizados até ao momento presente no âmbito dessa investigação, são apresentados em anexo 2.

Assim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, sendo a exploração num grupo de adultos com obesidade das consequências percebidas (positivas e negativas) desta condição, assim como do seu autoconceito espontâneo, o foco no presente estudo.

Nos estudos qualitativos, os participantes são consultados como especialistas das suas experiências, podendo ajudar na elaboração de novos programas de intervenção, na identificação de barreiras contribuindo para o aumento da motivação (Every-Palmer, Huthwaite, Elmslie, Grant, & Romans, 2018), pois espera-se que os dados do presente estudo informem a intervenção, salientando conteúdos importantes para a intervenção psicológica com adultos com obesidade.

Foram já publicados os resultados preliminares das consequências percebidas da manutenção da obesidade, com base em 30 entrevistas analisadas (Costa, Pimenta, Maroco, Campos, & Leal, 2014); contudo ainda não foi atingida a saturação na exploração dos conteúdos, verificando-se a emergência de novas categorias após a análise da trigésima entrevista. Adicionalmente, as entrevistas foram inicialmente analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin (1977). Uma nova direção na análise qualitativa foi adotada pela equipa recentemente, indo implementar-se neste estudo uma análise qualitativa pluralista que agrega duas técnicas: análise de conteúdo (Bardin, 1977) e temática (Braun & Clark, 2006).

Método

Desenho de Investigação

Esta investigação é classificada como transversal e exploratória na medida em que os dados foram recolhidos num único momento e sem a manipulação de qualquer variável por parte do investigador; o objetivo é enriquecer o conhecimento de um tema ainda pouco explorado (Pais-Ribeiro, 2010). O estudo é misto, pois alia simultaneamente abordagens qualitativas e quantitativas (Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007).

Participantes

Trata-se de uma amostra de conveniência e não probabilística constituída por 46 indivíduos - 33 mulheres e 13 homens - procedentes do continente e das ilhas portuguesas.

A idade dos participantes é compreendida entre os 25 e os 70 anos com uma média de idades correspondente a 45,5 anos ($M=45,49$; $DP=11,91$ anos). O índice de massa corporal (IMC) é compreendido entre 30,02 e 50,64 com IMC médio de 39,3kg/m² ($M=39,27$; $DP=5,55$ kg/m²). No total, 13 indivíduos apresentam obesidade de classe I (28,3% da amostra); 10 com obesidade classe II (21,7% da amostra); e 23 com obesidade mórbida (50% da amostra).

Os critérios de inclusão foram a) ter 18 anos ou mais; b) ter um IMC igual ou acima dos 30 e durante pelo menos os 12 meses anteriores; c) não ter realizado recentemente uma perda de peso bem-sucedida (mesmo se ainda mantendo um IMC acima dos 30) e não ter iniciado um processo de perda de peso (isto é, procurando o auxílio de profissionais e/ou tendo a motivação adequada para o fazer); d) ser alfabetizado e ter a capacidade de responder a um conjunto de questionários e a um protocolo extenso de entrevista gravada em áudio.

O critério c) foi acrescentado posteriormente ao perceber que muitos participantes, embora ainda com IMC acima dos 30, tinham discursos significativamente diferentes do resto da amostra, isto é, demonstravam uma real motivação para perder peso e/ou já tinham iniciado um processo de perda de peso (i.e., relatavam uma mudança de comportamento) – foi decidido não incluir na amostra final esses participantes uma vez que sua experiência em termos de manutenção da obesidade seria significativamente diferente, afetando a homogeneidade da amostra pretendida e interferindo na questão de investigação. Inicialmente a amostra era composta por 74 participantes que cumpriam os critérios (a), (b) and (d); 11 indivíduos não estavam disponíveis para a realização da entrevista, 1 entrevista foi retirada da amostra final uma vez que o cônjuge também participou e 16 participantes foram excluídos porque já tinham iniciado uma perda de peso bem-sucedida e/ou demonstravam uma real motivação para perder peso, embora

ainda com IMC acima dos 30, não cumprindo o critério (c). Separadamente, esses 16 casos foram analisados e discutidos entre todos os pesquisadores envolvidos na investigação WEL-COM para chegar a uma decisão final sobre sua inclusão ou exclusão; foram consideradas para a amostra final do presente estudo um total de 46 entrevistas.

A caracterização dos participantes é apresentada na Tabela 1. Encontram-se em anexos alguns outputs extraídos do SPSS (anexo 3).

Tabela 1. *Caracterização da Amostra*

Características Sociodemográficas	Frequências (n)	Percentagens (%)
Relação Afetiva e/ou Sexual		
Não	10	21,7
Sim	34	73,9
Missing	2	4,3
Número de Filhos		
0	9	19,6
1	11	23,9
2	17	37,0
3 ou. mais	7	15,2
Missing	2	4,3
Habilitações Literárias		
4 Anos de Escolaridade ou menos	7	15,2
6 Anos de Escolaridade (Primária)	4	8,7
9 Anos de Escolaridade (Liceu)	6	13
12 anos de Escolaridade (Secundário)	9	19,6
Bacharelato (3 Anos de Faculdade)	2	4,3
Licenciatura (4 ou 5 Anos de Faculdade)	16	32,9
Doutoramento (PhD)	1	4,1
Missing	1	2,2
Situação Profissional		
Ativo (a)	28	62,5
Inativo (a)	16	33,2
Missing	2	4,3
Rendimento Total Bruto do Agregado Familiar		
Até 10 000 euros	15	32,6
de 10 001 a 20 000 euros	8	17,4
de 20 001 a 37 500 euros	8	17,4
de 37 500 a 70 000 euros	5	10,9
Superior a 70 000 euros	2	4,3
Missing	8	17,4

Excesso de Peso		
Desde a Infância	12	26,1
Desde a Adolescência	5	10,9
Desde o Início da Idade Adulta	15	32,6
Na Idade Adulta	4	8,7
Depois de uma Gravidez	3	6,5
Depois de um Aborto	1	2,2
Depois de ter Deixado de Fumar	1	2,2
Depois de ter Deixado de Fazer Desporto	1	2,2
Desde a Menopausa	1	2,2
Desde uma Operação ao Joelho e Início da Pílula	1	2,2
Missing	2	4,3
Tentativa de Perda de Peso Malsucedida		
0	4	8,7
1-5	20	43,5
6-10	2	4,3
11-...	1	2,2
Missing	19	41,3
Doenças Recentes		
Não	20	43,5
Sim	25	54,4
Missing	1	2,2
Diabetes	6	16,6
Hipertensão	5	13,9
Apneia do Sono	3	8,3
Colesterol	2	5,6
Asma	2	5,6
Doença/Problemas Cardiovasculares	2	5,6
Hipo/Hipertiroidismo	2	5,6
Broncopneumonia/Pneumonia	2	5,6
Problemas ao Joelho	2	5,6
Tromboflebite	1	2,8
Endometriose	1	2,8
Lúpus	1	2,8
Doença Circulatória	1	2,8
Vias Respiratórias	1	2,8
Síndrome Sjögren	1	2,8
Rinite Alérgica	1	2,8
Doença Reumática	1	2,8
Enfisema Pulmonar	1	2,8
Gripe	1	2,8

Problema Psicológico Recente		
Não	35	76,1
Sim	8	17,4
Missing	3	6,5
Depressão	6	13,0
Depressão com Ideação Suicida	1	2,2
Perturbação Bipolar	1	2,2
Prática de Exercício Físico		
Não	18	39,1
Sim	26	56,5
Missing	2	4,3
Fumador		
Não	34	73,9
Sim	10	21,7
Missing	2	4,3
Consome Bebidas Alcoólicas		
Não	16	34,8
Sim	27	58,7
Missing	3	6,5

Nota. Total da amostra, $N=46$.

Material

Os participantes preencheram um questionário de triagem (anexo 4) para garantir o cumprimento dos critérios de inclusão a) (i.e., ter 18 anos ou mais) e b) (i.e., ter um IMC igual ou acima dos 30 e durante pelo menos os 12 meses anteriores). Um consentimento informado foi igualmente assinado (anexo 5) com a apresentação detalhada dos objetivos da investigação, explicando os termos de participação, assegurando a confidencialidade da informação e deixando a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento sem prejuízo. Relativamente ao anonimato, não podia ser assegurado aos participantes uma vez que eram tratados pelo seu nome, foi alcançado apenas na altura da transcrição depois de os nomes serem substituídos por códigos alfanuméricos. No final, os participantes tinham a possibilidade de tirar eventuais dúvidas junto com o psicólogo e foi lhes facultado o contacto do investigador responsável caso eles quisessem clarificar outros aspetos posteriormente. Uma autorização para a gravação da entrevista foi também assinada (anexo 6) a qual assegurava a exploração dos dados recolhidos exclusivamente para fins de investigação e a divulgação apenas entre os membros da equipa.

O guião de entrevista era composto por perguntas abertas as quais tinham como objetivo a exploração sucessivamente das consequências positivas e negativas percebidas e do autoconceito na manutenção da obesidade:

- A. Consequências positivas da manutenção da obesidade 1.1) No seu caso pessoal, acha que a manutenção de um peso elevado tem alguma consequência positiva? 1.2) Se sim, quais? Deixa-se ao participante o espaço para dar qualquer tipo de resposta escolhendo de abordar um domínio ou outro (e.g., uma consequência positiva a nível profissional), ou simplesmente responder que no seu caso, não existem consequências positivas nenhuma.
- B. Consequências negativas da manutenção da obesidade 2.1) No seu caso particular, acha que a manutenção de um peso elevado tem alguma consequência negativa na sua vida social? 2.2) Na sua vida familiar? 2.3) Na sua vida pessoal? 2.4) Na sua vida íntima/sexual? 2.5) Na sua vida profissional?
- C. Autoconceito espontâneo 3.1) Como acha que as pessoas, suas conhecidas, com quem não tem uma relação de proximidade o veem? 3.2) E as pessoas mais próximas de si: a sua família? 3.3) e os seus amigos? 3.4) E como se vê a si próprio/a?

Salienta-se que dentro do protocolo de entrevista explorava-se previamente outros temas como a história do peso dos participantes, as suas estratégias para perder peso assim como os fatores de início e de manutenção da obesidade percebidos.

Por último, os participantes preencheram um questionário para recolher dados sociodemográficos (e.g. idade, profissão, rendimento do agregado familiar) e informações relativas à sua saúde (e.g., existência ou não de problemas psicológicos recentes, de doenças físicas, consumo de álcool, prática de exercício físico; anexo 7).

Procedimento

Para obter a autorização de divulgar a investigação no ambiente hospitalar e nos estabelecimentos privados (clínicas de nutrição e na área da cirurgia bariátrica) foi mandada uma solicitação formal por escrito ao conselho de ética no primeiro caso (anexo 8) assim como aos diretores das clínicas. Uma vez aprovado o projeto, os profissionais de saúde estabeleceram o

primeiro contacto com os participantes apresentando os principais objetivos da investigação, e referenciaram a seguir a equipa de investigação, os indivíduos interessados em participar no projeto. Parte da amostra foi também coletada em ambiente associativo (i.e., Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal - ADEXO) e nas redes sociais (e.g., Facebook); alguns participantes referenciaram também novos participantes (amostra por bola de neve). Os participantes foram recrutados entre setembro de 2012 e junho de 2013. Cada um deles foi contactado por um investigador por email, por telefone ou presencialmente mediante agendamento prévio para aplicar o questionário de triagem. Uma vez verificado o cumprimento dos critérios de inclusão, eram assinados o consentimento informado e a autorização para gravação áudio. A seguir, iniciava-se a entrevista com psicólogos treinados ao protocolo e supervisionados na universidade ou em salas nas instituições parceiras; não foi estabelecido nenhum limite de tempo. Por último, o participante preenchia o questionário sociodemográfico e de saúde. Quando os participantes não tinham a possibilidade de se deslocar, as entrevistas eram realizadas por telefone ($n=15$); nesse caso as informações relativas ao consentimento informado e a autorização de gravação áudio foram apresentadas verbalmente e foram mandadas em suporte digital posteriormente junto com o questionário sociodemográficos e de saúde, agradecendo pela sua devolução sempre que possível. As entrevistas foram transcritas por completo tomando igualmente em consideração a comunicação não verbal dos participantes (e.g., pausas, risos). As informações provenientes dos questionários sociodemográficos e de saúde foram agregadas de modo a constituir uma base de dados.

Análise de Dados

Para a análise das entrevistas, foi adotada uma metodologia pluralista de tipo qualitativo aliando duas técnicas: a análise de conteúdo (Bardin, 1977) e a análise temática (Braun & Clarke, 2006). Os critérios de exaustividade (i.e., é necessário evidenciar o significado do excerto analisado sem omissão de nenhuma parte), de homogeneidade (i.e., os dados juntados entre eles devem possuir características idênticas) e de pertinência (i.e., os dados recolhidos devem ser pertinentes de acordo com o tema de investigação) da análise de conteúdo (Bardin, 1977) foram aplicados; o critério de exclusividade (i.e., um excerto só pode ser classificado numa categoria apenas) foi o único a não ser adotado pela equipa porque em alguns casos, não se justificava a classificação de um excerto numa categoria sem a outra. Trata-se de uma abor-

dagem indutiva, isto é, que visa obter, recorrendo à objetividade e sistematização, uma descrição do conteúdo da resposta do participante, traduzindo-se em indicadores (neste caso quantitativo – frequências) que possibilitam a inferência de conhecimento. A análise temática (Braun & Clarke, 2006) foi realizada em paralelo, trata-se de uma abordagem dedutiva: são identificados temas a partir dos dados recolhidos, por serem semelhantes a padrões existentes, fazendo-se a ponte com construtos já existentes na literatura.

A grelha de codificação foi estruturada nos seguintes passos: 1) identificação das categorias e subcategorias constituída a priori, sendo estas decorrentes do protocolo de entrevista (consequências positivas e negativas a nível pessoal, familiar, social e profissional; e autoconceito espontâneo); 2) à medida que se iam analisando as entrevistas, foram identificadas categorias e subcategorias emergentes; 3) os excertos foram classificados entre as categorias emergentes; 4) foram criadas novas categorias que revelassem o conteúdo latente dos excertos quando necessário de acordo com as regras de Bardin (1977); 5) foram identificados temas já apresentados na literatura de acordo com análise temática de Braun e Clark (2006) e criado novas categorias. No presente estudo, a prioridade foi dada ao conteúdo manifesto dos relatos dos participantes sem forçar de maneira nenhuma a associação a construtos teóricos existentes.

A nível da codificação, é importante destacar que relativamente ao autoconceito foram apenas codificados os excertos referindo-se ao aqui e agora, descartando da recolha de dados, os elementos do passado potencialmente abordados pelos participantes. É igualmente importante salientar que toda a informação relativa às consequências percebidas da manutenção da obesidade como a do autoconceito foi codificada na entrevista (i.e., alguns participantes podiam mencionar uma consequência da manutenção da obesidade ao responder às perguntas relativas ao autoconceito e vice-versa ou quando outros temas dentro do protocolo de entrevista eram explorados; em todos os casos, os excertos foram codificados).

Para analisar as 46 entrevistas e levar a elaboração gradual da grelha de codificação, recorreu-se ao software MAXQDA; a caracterização do número de menções para cada categoria subcategoria, assim como o número de indivíduos a mencionaram cada uma dela foi realizada a través de um estudo de frequência e de percentagem.

Resultados

Vão ser apresentadas nas tabelas 2, 3 e 4, as categorias e subcategorias decorrentes da análise qualitativa das 46 entrevistas da amostra. Junto com o nome de cada uma, encontra-se uma definição, um exemplo, o número de indivíduos que mencionaram a categoria/subcategoria (n), o número de vezes que a categoria/subcategoria foi mencionada no total (NM), assim como a percentagem de indivíduos que citaram a categoria/subcategoria ($n\%$). As categorias e subcategorias foram ordenadas por ordem decrescente de número de indivíduos a mencionaram cada categoria/subcategoria; a categoria ausência foi colocada no final da tabela.

Consequências Negativas Percebidas

Relativamente às consequências negativas percebidas, a análise qualitativa das entrevistas da amostra total ($N=46$) totalizou um número de menção de 732 e resultou na criação de 8 categorias: mobilidade ($n=39$), social ($n=34$), saúde ($n=33$), pessoal ($n=30$), familiares ($n=17$), parceiro(a) ($n=13$), profissional ($n=12$ entre os 28 participantes ativos da amostra) e filhos ($n=11$ entre os 35 participantes com um ou mais filhos); por último a categoria Ausência ($n=31$).

Tabela 2. *Consequências Negativas da Manutenção da Obesidade*

CATEGORIAS EMERGENTES /Subcategorias Emergentes	DEFINIÇÃO	EXEMPLO	$n(NM)$	$n\%$
Mobilidade			39(143)	85%
Dificuldade na Mobilidade/ Locomoção	Dificuldade na mobilidade e/ou na locomoção em qualquer tipo de contexto (e.g., profissional, vida íntima, papéis parentais).	"Custa mexer com 112kg " – (Mulher, 41 anos).	38(141)	83%
Risco de Limitações Físicas Futuras	Risco de ter limitações físicas e/ou incapacidades no futuro.	"Por enquanto consigo tomar banho sozinha, mas se continuar assim, chego a pontos que não consigo" – (Mulher, 63 anos).	2(2)	4,5%

Social			34(132)	74%
Experiências de Estigmatização "Diretas"	Ser associado a um estereótipo indesejável e desclassificado socialmente (Goffman, 1963) de forma direta, isto é, decorrendo de interações com indivíduos (Lewis et al., 2011).	"Uma pessoa andar na rua e dizerem-nos: "é pá estás gordíssimo"" - (Homem, 62 anos).	22(59)	48%
Experiências de Estigmatização "Ambientais"	Experiências de estigma em contexto ambiental suscitando uma percepção de desvio, de isolamento e de ser diferente do resto da sociedade (Lewis et al., 2011).	"O ir a uma loja e não encontrar roupa" - (Mulher, 50 anos).	19(36)	41,5%
Experiências de Estigmatização "Indiretas"	Ser associado a um estereótipo indesejável e desclassificado socialmente (Goffman, 1963) de forma indireta, isto é, trata-se de experiências subjetivas e mais súteis, não decorrendo de interações com terceiros (Lewis et al., 2011).	"Eu sei que as pessoas me olham de lado porque eu estou muito forte" - (Mulher, 63 anos).	16(37)	35%
Saúde			33(132)	72%
Sensações Desagradáveis	Sentir dores (e.g., nas articulações, na coluna).	"Sinto imensas dores" - (Mulher, 31 anos).	18(42)	39,5%
Consequências Negativas sem Especificação	Ter problemas de saúde sem especificação do domínio.	"Não me dá saúde nenhuma" - (Homem, 62 anos).	13(13)	28,5%
Cansaço Físico	Ficar mais cansado(a).	"Afeta mais é mesmo a nível do cansaço" - (Mulher, 35 anos).	9(17)	20,0%
Riscos Futuros para Saúde	Existir riscos de alterar o estado de saúde no futuro.	"[o médico] chamou-me à atenção para as consequências que podia ter, como problemas de coração" - (Homem, 46 anos).	8(17)	17,5%
Diabetes Tipo 2	Ter a diabetes tipo 2.	"As grandes motivações para as dietas tem sido os valores da diabetes estarem a elevar um bocadinho" - (Mulher, 35 anos).	6(16)	13,5%
Problemas Respiratórios	Ter problemas respiratórios.	"Para ter menos crises de asma, acho que era bom para mim perder peso" - (Mulher, 60 anos).	6(16)	13,5%

Infertilidade	Não conseguir engravidar.	"O meu marido andou a fazer exames afinal a culpa não é só minha de não engravidar" - (Mulher, 35 anos).	3(4)	7%
Problemas Sangue	Ter valores elevados de colesterol, triglicéridos e/ou açúcar no sangue.	"Não tinha açúcar no sangue e hoje tenho isso tudo" - (Mulher, 37 anos).	2(4)	4,5%
Problemas Cardiovasculares	Ter problemas cardiovasculares.	"O meu cardiologista me disse: "Epá, você tem que perder peso, o seu coração tem muita gordura!" - (Homem, 67 anos).	1(3)	2,5%
Pessoal			30(131)	65,5%
Imagem Corporal Negativa - Dimensão Cognitiva	Autoavaliação negativa a nível cognitivo e afetivo da aparência física (Cash, 2012), aqui na sua dimensão cognitiva apenas.	"O espelho mostrar uma coisa que nós não gostamos" - (Mulher, 60 anos).	23(43)	50%
Imagem Corporal Negativa - Dimensão Emocional	Autoavaliação negativa a nível cognitivo e afetivo da aparência física (Cash, 2012), aqui na sua dimensão emocional apenas.	"Não me sinto muito à vontade na rua" - (Mulher, 62 anos).	22(49)	48%
Impacto na Vida Social	Impacto na vida social por opção (e.g., completo isolamento, evitar certos contextos).	"Acabamos por (nós) privar de muita coisa, desde o privar de conviver, principalmente. Isso era uma coisa que eu fazia imenso e que fechei completamente" - (Mulher, 33 anos).	11(32)	24%
Impacto nos Filhos	Impacto na relação com os filhos (e.g., ser um modelo inapropriado).	"Os miúdos acabavam por imitação por comer os disparates que nós comíamos" - (Mulher, 50 anos).	4(7)	9%
Familiares			18(48)	39,5%
Experiências de Estigmatização "Diretas"	Ser associado a um estereótipo indesejável e desclassificado socialmente (Goffman, 1963) de forma direta, isto é, decorrendo de interações nesse caso com familiares (Lewis et al., 2011).	"A vida inteira ouvi da minha mãe que eu tinha de ser magra" - (Mulher, 36 anos).	17(45)	37%

Experiências de Estigmatização "Indiretas"	Ser associado a um estereótipo indesejável e desclassificado socialmente (Goffman, 1963) de forma indireta, isto é, trata-se de experiências subjetivas e mais súteis nesse caso com familiares, não decorrendo de interações (Lewis et al., 2011).	"Eu sei que vão estar a ver cada garfada que eu vou levar à boca, que doce é que eu vou comer" - (Mulher, 35 anos).	1(3)	2,5%
Parceiro(a)			13(22)	28,5%
Experiências de Estigmatização "Diretas"	Ser associado a um estereótipo indesejável e desclassificado socialmente (Goffman, 1963) de forma direta, isto é, decorrendo de interações nesse caso com o (a) parceiro(a) (Lewis et al., 2011).	"A minha mulher anda sempre a dizer que eu tenho que perder peso - (Homem, 67 anos).	7(14)	15,5%
Experiências de Estigmatização "Indiretas"	Ser associado a um estereótipo indesejável e desclassificado socialmente (Goffman, 1963) de forma indireta, isto é, trata-se de experiências subjetivas e mais súteis nesse caso com o(a) parceiro(a), não decorrendo de interações (Lewis et al., 2011).	"Eu acho que ele ultimamente até foge de que eu vá com ele a qualquer sítio - (Mulher, 60 anos).	6(8)	13,5%
Profissional			12(33)	26,5%
Experiências de Estigmatização "Diretas"	Ser associado a um estereótipo indesejável e desclassificado socialmente (Goffman, 1963) de forma direta, isto é, decorrendo de interações nesse caso em contexto profissional (Lewis et al., 2011).	"Disseram-me que preferiam alguém mais elegante com menos peso para estar na cafetaria" - (Mulher, 40 anos).	8(19)	17,5%

Experiências de Estigmatização "Indiretas"	Ser associado a um estereótipo indesejável e desclassificado socialmente (Goffman, 1963) de forma indireta, isto é, trata-se de experiências subjetivas e mais sutis nesse caso em contexto profissional, não decorrendo de interações (Lewis et al., 2011).	"Eu acho que tenho que fazer um esforço suplementar para me enquadrar num grupo de determinadas pessoas, profissionalmente (...) noto que se eu não fizesse por isso era marginalizado por ter estas características" - (Homem, 46 anos).	7(11)	15,5%
Experiências de Estigmatização "Ambientais"	Experiências de estigma em contexto ambiental suscitando uma percepção de desvio, de isolamento e de ser diferente do resto da sociedade nesse caso em contexto profissional (Lewis et al., 2011).	"Sou empregada de limpeza, bata para mim não existe, ou seja, tive que mandar alargar a bata" - (Mulher, 40 anos).	2(3)	4,5%
Filhos			11(26)	24%
Experiências de Estigmatização "Diretas"	Ser associado a um estereótipo indesejável e desclassificado socialmente (Goffman, 1963) de forma direta, isto é, decorrendo de interações nesse caso com os filhos (Lewis et al., 2011).	"Eles chamam-me baleia às vezes na brincadeira" - (Mulher, 41 anos).	10(25)	22%
Experiências de Estigmatização "Indiretas"	Ser associado a um estereótipo indesejável e desclassificado socialmente (Goffman, 1963) de forma indireta, isto é, trata-se de experiências subjetivas e mais sutis nesse caso com os filhos não decorrendo de interações (Lewis et al., 2011).	"Não há filho nenhum que goste de ter uma mãe gorda" - (Mulher, 50 anos).	1(1)	2,5%
Ausência			31(65)	67,5%
Profissional	Ausência de consequências negativas a nível profissional.	"Na minha vida profissional não tem qualquer tipo de impacto" - (Mulher, 38 anos).	18(18)	39,5%
Íntimo/Sexual	Ausência de consequências negativas a nível Íntimo/Sexual	"A nível íntimo felizmente não tenho problema" - (Mulher, 53 anos).	15(16)	33%
Social	Ausência de consequências negativas a nível social.	"Nunca me senti, nem rejeitado, nem complexado, nada" - (Homem, 55 anos).	10(11)	22%

Familiar	Ausência de consequências negativas a nível familiar.	"Não, é igual, portanto" - (Mulher, 52 anos).	10(10)	22%
Saúde	Ausência de consequências negativas a nível da saúde até ao momento presente.	"Eu tenho a sorte de não ter ainda problemas de saúde por causa do peso" - (Mulher, 37 anos).	4(6)	9%
A Todos os Níveis	Ausência de consequências negativas a todos os níveis até ao momento presente.	"Não tenho nenhum entravo (...) não é nada positivo, porque eu sei que não é positivo, mas também ainda não senti que fosse negativo" - (Mulher, 25 anos).	1(4)	2,5%

Nota. Total da amostra, $N=46$. n =número de indivíduos que citaram a categoria/subcategoria; NM =número de vezes que a categoria/subcategoria foi citada no total, $n\%$ = percentagem de indivíduos que citaram a categoria/subcategoria.

Consequências Positivas Percebidas

Relativamente às consequências positivas percebidas, a análise qualitativa das entrevistas da amostra total ($N=46$) totalizou um número de menção de 61 e resultou na criação de 2 categorias: pessoal ($n=4$) e ausência ($n=42$).

Tabela 3. *Consequências Positivas da Manutenção da Obesidade*

CATEGORIAS EMERGENTES /Subcategorias Emergentes	DEFINIÇÃO	EXEMPLO	$n(NM)$	$n\%$
Pessoal			4(14)	9%
Dieta sem Restrições	Manutenção de uma dieta sem restrições.	"Tenho comido o que quero" - (Mulher, 36 anos).	2(4)	4,5%
Boa Disposição	Boa disposição devido a manutenção de uma dieta sem restrições.	"Quando como o que quero (...) acabo por ser uma pessoa mais bem-disposta" - (Mulher, 36 anos).	2(4)	4,5%

Ausência Rugas	Não ter rugas.	"Como tá cheio não dá para ter rugas" - (Mulher, 60 anos).	1(3)	2,5%
Exigências Acadêmicas Menores	Exigências menores por parte dos professores.	"No caso do mestrado, ter este peso e ser desta idade faz com que não me obriguem a mais" - (Mulher, idade não comunicada).	1(3)	2,5%
Ausência			42(47)	91,5%
A Todos os Níveis	Ausência de consequências positivas.	"Consequências positivas? Boa?! Boa não" - (Mulher, 53 anos).	42(47)	91,5%

Nota. Total da amostra, $N=46$. n =número de indivíduos que citaram a categoria/subcategoria; NM =número de vezes que a categoria/subcategoria foi citada no total, $n\%$ = porcentagem de indivíduos que citaram a categoria/subcategoria.

Autoconceito Espontâneo

A análise qualitativa do autoconceito espontâneo totalizou um número de menção de 917. Relativamente ao autoconceito espontâneo negativo, a análise qualitativa da amostra total ($N=46$) resultou na criação de 5 categorias: imagem corporal ($n=46$), autoestima ($n=9$), personalidade explícita ($n=5$), profissional ($n=1$) e social ($n=1$). O autoconceito espontâneo positivo foi subdividido entre 6 categorias: autoestima ($n=20$), social ($n=19$), personalidade explícita ($n=17$), imagem corporal ($n=15$), profissional ($n=6$) e identidade ($n=1$). O autoconceito espontâneo ambivalente contou com uma única categoria: imagem corporal ($n=21$); assim como o autoconceito espontâneo neutro: personalidade explícita ($n=4$).

Salienta-se que as categorias imagem corporal na tabela abaixo agrupam subcategorias relativas a aparência física e igualmente as competências físicas funcionais e integridade biológica (e.g., saúde, competências atléticas, coordenação; Cash, 2012); trata-se aqui do conceito da imagem corporal no seu sentido mais amplo.

Tabela 4. *Autoconceito Espontâneo (Negativo, Positivo, Ambivalente e Neutro)*

CATEGORIAS EMERGENTES /Subcategorias Emergentes	DEFINIÇÃO	EXEMPLO	n(NM)	n%
AUTOCONCEITO ESPONTÂNEO NEGATIVO				
Imagem Corporal			46(481)	100%
Insatisfação	Autoavaliação negativa da imagem corporal no sentido estrito, isto é, relativamente a aparência física apenas (Cash, 2012).	"O facto de o espelho mostrar uma coisa que nós não gostamos" - (Mulher, 65 anos).	34(134)	74%
Limitações/ Incapacidades Físicas	Perceção de limitações ou incapacidades a nível das competências físicas funcionais.	"Eu tenho a dificuldade em me movimentar" - (Homem 43, anos).	34(116)	74%
Excesso Peso	Usar a palavra gordo(a), ou outra palavra similar para se descrever (i.e., gordinho(a), muito gordo(a), grande, pesado(a), fortezinho(a), forte, muito forte, encorpado(a), uma bolinha, com excesso de peso ou com muito excesso de peso).	"Sempre fiquei gordinha"- (Mulher, 60 anos).	35(104)	76%
Forma Corporal	Autoavaliação negativa da imagem corporal no sentido estrito, isto é, relativamente a aparência apenas (Cash, 2012); neste caso demonstrando uma insatisfação específica com a(s) forma(s) do corpo.	"Gostava de estar mais magra" - (Mulher, 52 anos).	23(66)	50%
Obesidade	Usar a palavra "obeso(a)" para se descrever.	"Sempre fui obesa" - (Mulher, 36 anos).	11(31)	24%
Barriga Estética	Insatisfação específica com o volume da barriga aqui a nível estético.	"É uma barriga disparatada" - (Mulher, 53 anos).	7(12)	15%
Ausência Saúde	Não ter saúde.	"Eu não sei o que é a saúde" - (Mulher, 53 anos).	4(4)	9%

Barriga Limitações Físicas	Insatisfação específica com o volume da barriga aqui no sentido de proporcionar limitações físicas.	"O meu peso é mais na barriga o que tem limitações, por exemplo baixar-me, eu praticamente não posso" - (Mulher, 53 anos).	3(4)	7%
Estrutura Baixa	Insatisfação com a altura, ser baixo(a).	"Além de ser baixinha, estou muito forte" - (Mulher, 63 anos).	2(4)	4%
Glúteos	Insatisfação com o volume dos glúteos.	"Tenho alguma vergonha do meu rabo enorme" (Mulher, 36 anos).	2(2)	4%
Pernas	Insatisfação com o volume das pernas.	"Umas pernas enormes...parecem mais uns presuntos" - (Mulher, 55 anos).	1(2)	2%
Celulite	Insatisfação com a presença de celulite.	"Ai a celulite ou isto ou não sei quê" - (Mulher, 46 anos).	1(1)	2%
Estrias	Insatisfação com a presença de estrias.	"Tenho o corpo completamente destruído a nível de estrias " - (Mulher, 27 anos).	1(1)	2%
Autoestima			7(9)	15%
Autoestima Negativa	Atitudes negativas acerca de si-próprio (Rosenberg, 1965).	"Uma pessoa completamente vulgar que não é para ter um relacionamento próximo pelo facto do meu aspeto" - (Homem, 46 anos).	7(9)	15%
Personalidade Explícita			5(22)	11%
Preguiça	Ser preguiçosa.	"Me vejo como uma pessoa um tanto... preguiçosa" - (Mulher, 36 anos).	1(6)	2%
Infelicidade	Ser infeliz, triste.	"Parece que está estampado na cara que eu não tenho grande vontade de rir nem nada" - (Mulher, 31 anos).	2(5)	4%
Ficar por Casa	Preferir estar em casa, caseiro(a).	"A minha família sabe que eu sou um bocado às vezes meio preguiçosa no sentido de... eu gosto de estar em casa, de ver um bom filme" - (Mulher, 36 anos).	1(4)	2%

Poucas Competências Cognitivas	Ter poucas competências cognitivas.	"Vejo-me uma pessoa burra, com poucos conhecimentos" - (Mulher- idade non comunicada).	1(4)	2%
Caprichos	Ser caprichoso(a).	"Sou uma pessoa um tanto caprichosa" - (Mulher, 36 anos).	1(2)	2%
Ciúmes	Ser ciumento(a).	"Para além de me mudar agora o facto de ter excesso de peso, mas outros níveis, mudava por exemplo os ciúmes" - (Mulher, 25 anos).	1(1)	2%
Profissional			1(12)	2%
Insatisfação Desempenho	Ser permanentemente insatisfeito(a) com o seu desempenho.	"Uma pessoa que nunca está satisfeita (...) acho sempre que eu podia ter feito melhor" - (Mulher, 36 anos).	1(10)	2%
Incompetência	Ser incompetente.	"Acho outras vezes incompetente, acho que sou pouco" - (Mulher, 36 anos).	1(2)	2%
Social			1(9)	2%
Reserva	Ser reservado(a)/discreto(a) /poucas interações sociais.	"Gosto de estar num sítio e sentir-me invisível" - (Mulher, idade desconhecida).	1(6)	2%
Timidez	Ser tímido(a)/envergonhado(a).	"Eu sou muito envergonhada"- (Mulher, idade desconhecida).	1(3)	2%
AUTOCONCEITO ESPONTÂNEO POSITIVO				
Autoestima			20(47)	43%
Autoestima Positiva	Atitudes positivas acerca de si-próprio (Rosenberg, 1965).	"Sou boa pessoa, o corpo não quer dizer nada" - (Mulher, 30 anos).	20(47)	43%
Social			19(105)	41,5%
Boa Disposição	Ser uma pessoa bem-disposta/bem-humorada/ alegre/feliz/energia positiva/divertida.	"Vejo-me (...) bem-disposta" - (Mulher, 36 anos).	11(31)	24%

Solidariedade	Ser uma pessoa solidária, que presta auxílio aos outros.	"Gosta de ajudar" - (Homem, 34 anos).	7(36)	15%
Sociabilidade	Ser uma pessoa que aprecia e cultiva a vida em sociedade.	"Gosto de estar socialmente" - (Homem, 38 anos).	5(13)	11%
Extroversão	Ser uma pessoa extrovertida, isto é, comunicativa e desinibida.	"Eu sou das primeiras pessoas a levantar-me e ir para o meio da pista dançar" - (Mulher, 25 anos).	5(13)	11%
Confiança	Ser uma pessoa de confiança/responsável/ justa/com princípios.	"Sou responsável" - (Mulher, 40 anos).	5(7)	11%
Estima	Ser uma pessoa estimada, apreciada pelos outros.	"Tenho amigos, tenho bons amigos" - (Mulher, 25 anos).	1(2)	2%
Pacifista	Pessoa que não gosta de criar conflitos com os outros.	"Sou uma pessoa pacífica" - (Mulher, 36 anos).	1(2)	2%
Liderança	Pessoa que tem influência nos outros.	"Sempre um bocado líder de grupo" - (Mulher, 50 anos).	1(1)	2%
Personalidade Explícita			17(74)	37%
Determinação	Ser determinado(a), luta para atingir os objetivos.	"Quando me meto nas coisas é para ir até ao fim" - (Mulher, 53 anos).	9(26)	20%
Perdão	Ser misericordioso(a), clemente.	"Sou uma pessoa que sei perdoar facilmente" - (Mulher, 37 anos).	2(14)	4%
Carisma	Ter carisma, magnetismo.	"Sou uma pessoa fora de serie" - (Mulher, 27 anos).	2(10)	4%
Dinamismo	Ser dinâmico(a), ativo(a)	"Eu não paro, não sou capaz de parar" - (Homem, 67 anos).	3(8)	7%
Satisfação com a Vida	Ser uma pessoa realizada, satisfeita com a vida que leva.	"Estou bem com a vida" - (Mulher, 36 anos).	3(5)	7%
Competência	Ser competente sem ser a nível profissional.	"Eu acho que as pessoas me reconhecem em termos (...) familiares e tudo" - (Mulher, 41 anos).	2(5)	4%
Inteligência	Ter uma inteligência acima da média.	"Eu tenho um intelecto sobredotado" - (Mulher, 27 anos).	1(3)	2%

Perfeccionismo	Que procura realizar as tarefas com perfeição.	"Eu tentar ter as coisas, ser um bocado perfeita" - (Mulher, 41 anos).	1(3)	2%
Imagem Corporal			15(74)	33%
Investimento Corpo	Importância que reveste a aparência física a nível cognitivo, comportamental e emocional (Cash, 2012); neste caso, conjunto de esforços para tornar o corpo mais atrativo.	"Sempre tive cuidado de andar arranjado" - (Homem, 38 anos).	4(38)	9%
Estrutura Larga	Ser largo(a).	"Eu sou uma rapariga largueirona" - (Mulher, 27 anos).	4(7)	9%
Resistência Física	Ter resistência física.	"Há raparigas magras que não têm metade da pedalada que eu tenho" - (Mulher, 27 anos).	1(7)	2%
Agilidade	Ser ágil.	"Mesmo com este peso ainda tenho agilidade..." - (Mulher, 35 anos).	2(6)	4%
Satisfação	Autoavaliação positiva da imagem corporal no sentido estrito, isto é, relativamente a aparência física apenas (Cash, 2012).	"Eu gosto muito do meu corpo" - (Homem, 55 anos).	4(5)	9%
Saúde	Ter saúde.	"Eu felizmente tenho saúde" - (Homem, 49 anos).	3(5)	7%
Estrutura Alta	Ser alto(a).	"Nas pessoas muito altas acaba por... disfarçar muito (...) Ninguém diz que eu tenho 160 quilos" - (Homem, 40 anos).	2(5)	4%
Aceitação	Aceitação da imagem corporal.	"Sempre aceitei o meu corpo assim" - (Mulher, 36 anos).	1(1)	2%
Profissional			6(25)	13,5%
Competência	Ser competente.	"Faço tudo o que os outros fazem e às vezes mais perfeito, sejam gordos ou sejam magros, dentro dos meus conhecimentos" - (Mulher, 60 anos).	5(20)	11%
Trabalhador(a)	Que trabalha muito.	"Eu faço tudo, às vezes até trabalho mais que as magrinhas" - (Mulher, 60 anos).	2(5)	4%

Identidade			1(2)	2%
Modelo	Ser um modelo a ser se-	"Demonstro o pino e os alu-	1(2)	2%
Outros	guido.	nos ficam de boca aberta (...) acabo por ser um incentivo para os alunos mais gordi- nhos" - (Mulher, 35 anos).		

AUTOCONCEITO ESPONTÂNEO AMBIVALENTE

Imagem Corporal			21(52)	46%
Imagem Corporal Ambivalente	Avaliação ambivalente na forma como o indivíduo se descreve a nível da imagem corporal, isto é, positivamente e negativamente de maneira alternativa.	"Eu sou ah...gordo sem ser...como tenho uma altura relativamente...boa..." - (Homem, 62 anos).	21(52)	46%

AUTOCONCEITO ESPONTÂNEO NEUTRO

Personalidade Explícita			4(5)	9%
Normal	Descrever-se como sendo uma pessoa igual às outras, que não se distingue.	"Uma pessoa normal" - (Homem, 47 anos).	4(5)	9%

Nota. Total da amostra, $N=46$. n =número de indivíduos que citaram a categoria/subcategoria; NM =número de vezes que a categoria/subcategoria foi citada no total, $n\%$ = percentagem de indivíduos que citaram a categoria/subcategoria.

Discussão

Consequências Negativas Percebidas

As consequências negativas identificadas na amostra do presente estudo ($N=46$) serão discutidas de seguida, começando com a dimensão física (i.e., categorias mobilidade e saúde); prosseguindo com o domínio psicológico e as possíveis implicações a nível comportamental (i.e., categoria pessoal); por último as experiências de estigmatização por parte de terceiros nos diferentes contextos (i.e., categorias social, profissional, familiares, parceiro(a) e filho(s)).

Mobilidade.

A categoria mobilidade foi a categoria mencionada pelo maior número de participantes ($n=39$), isto é, por 85% da amostra. Esses indivíduos referiram ter limitações na mobilidade e/ou na locomoção (e.g., "embora fosse sempre uma pessoa com excesso de peso, a partir do momento em que passei a obesidade, comecei a sentir-me limitada" - Mulher, 50 anos), muitas vezes, essas são associadas ao cansaço físico (e.g., "é muito cansativo ir às compras com este peso" - Mulher, 55 anos), até deixar por vezes os indivíduos incapacitados (e.g., "não conseguimos virar, se sento não consigo levantar" - Mulher, 55 anos); alguns têm que permanecer em casa por esse motivo (e.g., "não podia sair de casa, morava num segundo andar e tinha as escadas" - Mulher, 58 anos). Certos entrevistados ($n=2$) percecionam o risco de ter (maiores) limitações físicas e/ou incapacidades no futuro caso não houver uma inversão (e.g., "eu já tive um anúncio que se eu não perder peso, vou deixar de andar" - Mulher, 41 anos). No estudo qualitativo de Vieira et al. (2015), realizado com uma amostra de 30 idosos, foram evidenciados como consequências percebidas da obesidade, além das doenças físicas associadas que vão ser abordadas mais à frente (diabetes, artrose, etc.), a existência de limitações físicas como dificuldades na mobilidade para realizar atividades do quotidiano. Tais resultados são congruentes com os que aparecem no presente estudo, apesar desta amostra ser mais jovem (idade média de 46 anos).

A obesidade está associada a capacidades físicas disfuncionais (Araújo et al., 2014); segundo Pajeccki et al. (2014), tal deve-se a perda da massa muscular, junto com os problemas nas articulações decorrentes que levam a dores; os indivíduos acabam por ser prejudicados progressivamente a nível da autonomia, existindo o risco de se tornarem dependentes. No presente

estudo, foi citado por participantes a dependência do parceiro(a) em alguns contextos: para sair de casa (e.g., "ultimamente não consigo guiar porque a barriga bate-me e então não consigo sair da aldeia, ou quando saio, tenho de ir sempre com o meu marido" - Mulher, 58 anos), para desempenhar algumas tarefas de casa (e.g., "depois vou varrer [mas] apanhar o lixo não sou capaz, deixo num cantinho e o meu marido é que apanha quando está em casa" - Mulher, 41 anos), até para ser auxiliado(a) nos cuidados pessoais do dia a dia (e.g., "eu tenho 41 anos, é o meu marido que me calça as meias porque eu não consigo, não consigo cortar as unhas dos pés, não consigo sentar-me na cama, não consigo nada" - Mulher, 41 anos). O estudo qualitativo de Megías et al. (2018) realizado com uma amostra de 10 indivíduos adultos (i.e., 9 mulheres e 1 homem) composta por participantes com obesidade mórbida que entretanto foram operados de uma cirurgia ao estômago, apontou que em vários casos, a mobilidade reduzida dos participantes os tornava dependentes de terceiros para desempenhar tarefas básicas que eles sozinhos não conseguiam fazer (e.g., calçar as meias e cortar as unhas como mencionado acima por uma participante no presente estudo, lavar os vidros); dependência que levava esses indivíduos a serem frustrados. No estudo de Bocchieri, Meana, e Fisher (2002) realizado com uma amostra de 31 indivíduos adultos (i.e., 23 mulheres e 8 homens) que igualmente tinham obesidade mórbida e que entretanto foram operados, da mesma forma, vários participantes com obesidade mórbida admitiram que no passado se encontravam dependentes do(a) seu(sua) parceiro(a). Nos dois estudos referidos, não foi indicado a proporção desses participantes nas amostras; na presente investigação, essa consequência negativa foi mencionada por 3 (i.e., 13,5%) entre os 23 participantes com obesidade mórbida (IMC>40).

A nível íntimo/sexual, foi mencionado por parte de alguns participantes uma maior dificuldade na execução do ato sexual (e.g., "há uma data de fatores mesmo a nível da sexualidade, embora fossemos os dois obesos, portanto isso ajudava-nos a nos encontrarmos, mas havia desencontro a nível da sexualidade, acaba tudo por ser muito complexo" - Mulher, 50 anos). O estudo de Nejmed-Dine, Rafi, El Mghari, e El Ansari (2017), realizado com uma amostra de 20 mulheres e 16 homens com obesidade, tinha como objetivo de identificar os efeitos na sexualidade da manutenção da condição; os parceiros dos participantes tinham peso normal em 62% dos casos. Uma dificuldade na execução do ato sexual a nível da agilidade foi referida em 71% dos casos. Alguns participantes do presente estudo deixaram completamente de ter relações sexuais por esse motivo (e.g., "eu não tenho sexo, não tenho devido a não conseguir... [estou] muito gorda" - Mulher 58 anos).

Relativamente ao cuidar dos filhos, foram citadas por alguns indivíduos, consequências decorrentes das dificuldades na mobilidade que sofrem (e.g., “é lógico que não consigo fazer ainda algumas coisas com o meu filho que tem 4 anos como gostaria (...) não consigo correr” – Mulher, 33 anos), em tarefas essenciais como dar o colo (e.g., “eu não consigo sequer pegar minha filha ao colo” - Mulher, 31 anos); foi igualmente citada a preocupação de não conseguir acompanhar o filho no futuro (e.g., “qualquer dia tenho trinta anos (...) não me mexia, tenho de pensar no meu futuro, tenho uma filha pequena para criar” - Mulher, 30 anos). Esses últimos excertos poderão chamar a atenção, pois as pessoas com obesidade poderão perceber que os seus papéis parentais ficam comprometidos. Não foram encontrados artigos na literatura abordando esse tema.

As dificuldades na mobilidade podem segundo alguns entrevistados, ter efeitos negativos a nível profissional (e.g., “eu trabalho no imobiliário e muitas vezes temos que sair com clientes, temos que subir 3 andares e isso tudo custa-me – Mulher, 55 anos), afetando por vezes o seu desempenho (e.g., “não consigo fazer certos trabalhos tão bem, pronto no caso de estar agachada para limpar tenho dificuldade” – Mulher, 40 anos), alguns precisam do auxílio de terceiros para desempenhar as tarefas (e.g., “para fazer as limpezas do prédio, tenho tido a ajuda da minha filha, eu antes fazia isto tudo sozinha sem complicação nenhuma – Mulher, 62 anos). Participantes relataram que tiveram que renunciar a um certo tipo de atividade (e.g., “abdiquei da vida hospitalar, desta correria (...) as últimas reanimações, só de joelhos é que conseguia estar a canalizar uma veia a uma criança” – Mulher, 50 anos).

A manutenção da obesidade pode impossibilitar a prática de atividade física (e.g., “nós não conseguimos fazer movimentos, caminhadas, por exemplo, não consigo” - Mulher, 55 anos), alguns decidiram diminuir a sua frequência por se tornar cansativo com o excesso de peso (e.g., “a pessoa opta por não fazer tantas atividades porque se cansa” – Mulher, 35 anos) outros decidiram abandonar por completo a sua prática identificando riscos de lesões (e.g., “de vez em quando jogava futebol (...) comecei a perceber que com este peso não convém jogar futebol, tem riscos mais elevados de lesões” – Homem, 34 anos), decisão que teve impacto a outro nível para esse participante: “[fiquei privado] não só pelo desporto, mas pelo convívio, o grupo de amigos que gostam de jogar futebol de quinze em quinze dias” - (Homem, 34 anos). Calvete (2007) aponta que a prática de atividade física requer algum cuidado nos indivíduos com obesidade uma vez que a doença torna a estrutura corporal mais vulnerável a lesões.

Saúde.

Entre as consequências negativas identificadas, a categoria saúde foi mencionada por 72% da amostra ($n=33$). Dentro dessa categoria, a subcategoria sensações desagradáveis foi citada pelo maior número de participantes ($n=18$) com indivíduos a referir dores nas articulações (e.g., “os joelhos doem-me” – Mulher, 53 anos) podendo levar a sofrer de insónias (e.g. “não consigo dormir derivado às dores, às artroses” – Mulher, idade não comunicada), dores na coluna (e.g., "a ganhar quilos e dores nas costas" - Mulher, 27 anos), igualmente o desconforto causado pelo peso do corpo (e.g., “eu noto porque eu é que suporto o meu corpo” – Homem, 34 anos). As dores podem ser na origem de dificuldades na mobilidade por exemplo para desempenhar tarefas de casa (e.g., “varrer varro, começa-me a doer as costas, a doer tudo e mais alguma coisa, tenho que parar” – Mulher, 41 anos) ou tarefas profissionais, até levar por vezes ao despedimento (e.g. “eu estou desempregada agora (...) eu sentia imensas dores, não estava a conseguir desempenhar o meu trabalho (...) o patrão me mandou embora” – Mulher, 31 anos). As condições de trabalho encontram-se por vezes inadaptada a condição física dos indivíduos com obesidade (e.g., "eu sinto que estou muitas horas de pé, e essas muitas horas de pé danificam-me um bocado as pernas" - Mulher, 53 anos); segundo Schencman (2013) poderá em alguns casos despertar um sentimento de incapacitação, gerar ansiedade e afetar a autoestima. As dores podem igualmente afetar a vida sexual (e.g. “sinto imensas dores, já não tenho tanto apetite sexual como tinha antes” - Mulher, 31 anos; “eu não tenho sexo (...) devido as dores” - Mulher 58 anos). A ausência de sensações foi igualmente citada entre as consequências negativas (e.g., “às vezes deixo de sentir as pernas, adormecem mesmo, quero andar e não consigo” – Mulher, 27 anos).

Certos participantes mencionaram que a manutenção da obesidade tinha consequências negativas a nível da sua saúde mas sem especificar o problema que sofriam (e.g., "cada vez tenho menos qualidade de vida" - Mulher, 62 anos), outros comentaram a associação da sua condição com outras doenças (e.g., "na altura em que eu tive a diabetes estava com os 140" - Mulher, 43 anos; “o coração também não aguenta muito mais, tenho que realmente emagrecer” – Homem, 67 anos), problemas de saúde diversos (e.g. "foi-me detetado apneia de sono" - Homem, 46 anos; “não tinha colesterol elevado e hoje tenho – Mulher, 37 anos). Vários estudos já demonstraram que a obesidade eleva o risco de desenvolver ou agravar outras doenças, o que torna essencial o seu tratamento (Becofsky et al., 2015) e, quanto maior o IMC das pessoas, maior esta probabilidade (de Lima & Oliveira, 2016). Segundo a WHO (2018), entre as doenças

associadas, comprova-se a diabetes de tipo 2, as doenças cardiovasculares e alguns tipos de cânceros, sendo estas, as que mais causam mortes prematuras; além disso existem condições clínicas músculo-esqueléticas congruentes com os sintomas de dor mencionadas pelos entrevistados no presente estudo. A literatura refere que existe uma associação entre a obesidade e a artrose do joelho e que uma perda de peso leva a uma melhoria, tanto nos sintomas, como na mobilidade (Pera et al., 2016).

A manutenção da obesidade pode ser prejudicial a nível da energia e levar em alguns casos os indivíduos a sentir uma inércia (e.g., “quando está muito gordo, sente-se uma inércia natural para se mexer” - Homem, 38 anos). O corpo pouco estimulado habitua-se e acomoda-se com a situação ao longo do tempo; por esse motivo, Junior et al. (2016) reforçam a importância da prática de atividade física. O cansaço físico foi mencionado em vários contextos: por exemplo profissional (e.g., "trabalho com pessoas acamadas, canso-me facilmente" - Mulher, 36 anos), assim como na vida íntima (e.g., "na minha vida sexual, eu canso-me com facilidade" - Mulher, 40 anos).

Ter problemas de infertilidade foi citado entre as consequências (e.g., “quando a dietista me sugeriu para pôr o balão [gástrico], era perder peso para engravidar” - Mulher, 35 anos). A literatura aponta que a obesidade é responsável pelo desenvolvimento de distúrbios de fertilidade tanto nas mulheres, como nos homens (Rives-Lange et al., 2017). Em mulheres com obesidade em idade fértil, existe o risco de desenvolver a síndrome dos ovários poliquísticos responsável pelo fenómeno de anovulação (De Leo et al., 2016). Além disso, o tempo necessário para conceber pode ser superior (Faure, Sermondade, Benammar, Cedrin-Durnerin, & Lévy, 2012). Em relação aos homens, vários estudos associam a disfunção erétil com a obesidade (Esfahani & Pal, 2018), explicado em parte pela redução da testosterona (Rives-Lange et al., 2017); em paralelo, várias investigações evidenciaram uma melhoria do nível de testosterona assim como diminuição do estradiol em pacientes que emagreceram após uma cirurgia do estômago (Calderón et al., 2014).

Por outro lado, participantes salientaram o risco de ter problemas de saúde no futuro (e.g., "se me mantiver assim, vou ter problemas de saúde graves" - (Homem, 46 anos) até o risco de morrer para alguns, corroborando com os dados apresentados na literatura sobre as mortes prematuras relacionadas com a obesidade (e.g., "sem uma inversão, pode acabar com a minha vida" - Homem, 46 anos).

Em estudos qualitativos (de Lima, Pasquali, & Marcon, 2012; Palmeira, Garrido, de Lourdes, Guimarães, & Ladeia, 2016; Pinto & Bosi, 2010) foi evidenciado que na maioria dos casos, os indivíduos com obesidade relacionavam as patologias que eles tinham (e.g., diabetes, artrose, hipertensão), assim como o cansaço, as dores e as dificuldades na mobilidade, com a sua condição (i.e., obesidade). No presente estudo, poucos mas alguns participantes evidenciaram crenças diferentes; por exemplo enquanto uma participante relacionava as suas dores nas costas com o excesso de peso ("o médico diz que tenho que ser operada, por isso [por causa do peso] ganhei uma hérnia" - Mulher, 27 anos), outra punha em causa essa associação ("tenho um desvio na coluna, uma coisa descomunal vou ter ser operada, mas...bem vistas as coisas, tenho uma amiga que tem os mesmos problemas que eu e é magra portanto..." - Mulher, 70 anos). Segundo Hager e Orbell (2003), as crenças que o indivíduo tem acerca da sua condição, assim como das suas consequências (e.g., doenças associadas), constituem um determinante central na adesão ao tratamento para perda de peso.

Por outro lado, Lerma et al. (2016) acreditam que quando os indivíduos com obesidade não têm sintomas, para eles, a doença em si não existe; Jiménez-López, Maldonado-Guzmán, Pastén, e Déciga-García (2012) enfatiza que conhecer os riscos para a saúde não é suficiente para iniciar uma mudança do estilo de vida. Essas conclusões vão ao encontro da percepção de uma participante do presente estudo que não tem problemas de saúde até ao momento presente e que afirma que é um fator dissuasor para iniciar uma mudança de comportamento (e.g., "não me dói nada, há muita gente que se queixa dos joelhos, eu não me queixo dos joelhos, queixam-se dos calcanhares, eu não me queixo dos calcanhares, por isso (...) eu estou feliz assim, não me puxa, não me dá forças para mudar" - Mulher, 25 anos).

Pessoal.

As consequências negativas da manutenção da obesidade agrupadas nessa categoria foram mencionadas por 65,5% da amostra do presente estudo ($n=30$). Entre as subcategorias, foi citado ter uma imagem corporal negativa ($n=23$; e.g., "acho que não é bonito, não é simpático ser assim" - Homem, 67 anos; "eu raramente me olho ao espelho, ou só me olho quando estou vestida" - Mulher, 40 anos); e alguns participantes deixaram de cuidar da sua aparência por esse motivo (e.g., "quando era mais jovem, mais magra, era vaidosa, gostava de me mostrar, de me

sentir bem e agora já não, não é? Tento é esconder-me” - Mulher, 60 anos). Existem outras consequências decorrentes de uma imagem corporal negativa mencionadas no presente estudo: alterações na personalidade explícita (e.g., “tornei-me uma pessoa muito mais introvertida do que era (...) acho que sou uma pessoa horrível, é assim que eu me vejo” – Mulher, 33 anos), ter uma autoestima negativa (e.g., “algumas pessoas gostam de si como são, eu pessoalmente não, porque eu olho-me ao espelho e não sou eu, autoestima, nenhuma” – Mulher, 33 anos). Segundo Silva (2001), quando existe uma insatisfação com a imagem corporal junto com uma autoestima negativa, o indivíduo, além de não adotar um estilo de vida saudável, não cuida da sua aparência; evidenciando que vários aspetos podem ter impactos negativos entre eles. Por outro lado, há indícios que a insatisfação corporal nos indivíduos com obesidade esteja associada a imagem depreciativa que a sociedade tem deles (Ríos & Rangel, 2011), este tema vai ser abordado mais a frente na parte relativa as experiências de estigmatização.

Estar insatisfeito(a) com a imagem corporal pode desencadear emoções negativas ($n=22$) como a vergonha (e.g., "eu tenho a dificuldade em me apresentar perante as outras pessoas, eh pá, eu sou o mais barrigudo" - Homem, 67 anos) e/ou sentimentos de mal-estar (e.g., "depois nós próprios não nos sentimos bem" - Mulher, 50 anos). No estudo qualitativo de Yazdani et al. (2019) realizado com uma amostra de 20 indivíduos com obesidade mórbida, alguns participantes revelaram que com o aumento de peso, passaram a odiar a sua aparência e a si próprios. Hayden et al. (2010) realizaram um estudo com uma amostra de mulheres que foram operadas de uma cirurgia do estômago; todas revelaram que depois de ter emagrecido, passaram a sentir melhorias a nível da autoestima, tornaram-se mais extrovertidas e ambiciosas e deixaram de ter opiniões tão severas acerca da sua imagem corporal.

A insatisfação com a imagem corporal pode igualmente afetar a vida íntima (e.g., “tenho vergonha mesmo em frente ao meu marido, tenho vergonha, apesar de ele dizer que está tudo bem, e que gosta de mim na mesma” - Mulher, 35 anos; “não me gosto de ver (...) hoje em dia, sou capaz de não estar tão ousada, há certos comportamentos não, isto parte da minha cabeça (...) a celulite ou isto ... é um bocado como aquele filme da Bridget Jones, ela fazia questão de se tapar toda portanto o relacionamento sexual é todo às escuras” – Mulher, 46 anos). Alguns participantes deixaram de ter relações sexuais ou evitam-nas por esse motivo (e.g., “como não me sinto bem comigo mesma, tu ficas no teu canto e eu fico no meu – Mulher, 60 anos; “tenho alguma vergonha na minha barriga no meu rabo enorme (...) de uma vida sexual ativa eu fugo

com o rabo à seringa” – Mulher, 38 anos). Indivíduos com obesidade podem sentirem-se indesejáveis sexualmente, o que pode levar a recusar ou a evitar ter relações sexuais (Ribeiro, 2008).

Foram mencionadas consequências negativas a nível de comportamentos em contexto social ($n=11$): nomeadamente evitar ir a determinados lugares onde é suposto expor o seu corpo (e.g., “eu adorava a praia, entretanto tive os filhos, nunca mais fui à praia” - Mulher, 53 anos), podendo ter um efeito dissuasor relativamente à prática de um certo tipo de atividade física (e.g., “o peso é diferente dentro de água mas essa ainda é outra parte que não está ultrapassada, eu não me sinto ainda à vontade para ir para uma aula de hidroginástica” - Mulher, 37 anos). No estudo de Christiansen, Borge, e Solveig (2012), participantes revelaram que não se sentiam confortáveis em aparecer em público, em lugares como a praia ou a piscina, assim como em situações do dia a dia por exemplo ir a mercearia, sendo o seu corpo percebido como um obstáculo para fazer o lhes apetece. Por outro lado, participantes decidiram afastar-se do seu grupo de amigos (e.g., “[fiquei privada] se calhar do convívio com os amigos, não porque eles me excluíssem, mas porque eu me autoexcluía” – Mulher, 37 anos), alguns evitam conviver em determinados contextos (e.g., “tudo o que implique pessoas que depois possam dizer alguma coisa ou fazer algum tipo de comentário, se eu puder não estar, não estou” - Mulher, 35 anos); segundo os autores Palmeira et al. (2016), trata-se de um mecanismo de defesa para não enfrentar os possíveis juízos depreciativos dos outros. A insatisfação com a imagem corporal pode impactar negativamente a autoestima das pessoas com obesidade, afetar o seu bem-estar, despertar o sentimento de não ser suficientemente bom; acabando por vezes por tomarem a decisão de se relacionar cada vez menos com os outros (Agra et al., 2017). Alguns participantes decidem isolar-se por completo do resto da sociedade (e.g., "já me aconteceu uma altura que eu até nem saía de casa, já não queria sair" - Mulher, 55 anos; “o isolar-me (...) tenho vergonha, não quero que as pessoas me vejam assim” - Mulher, 35 anos). Porém, cabe salientar que nem todos os participantes relataram o mesmo padrão de emoções negativas (e.g., "nunca me senti, nem rejeitado, nem complexado, nada" - Homem, 55 anos).

Alguns entrevistados mencionaram como consequência da manutenção da obesidade existir efeitos negativos na sua relação com os filhos ($n=4$), por exemplo considerar-se como modelo inapropriado para eles (e.g., "a minha filha tem excesso de peso, eu sinto-me um pouco responsável (...) o conselho que dou a ela é que olhe para mim como um exemplo daquilo que não se deve fazer" - Homem, 46 anos; "é uma pescadinha de rabo na boca, não me sinto bem comigo, não me sinto bem com os filhos" - Mulher, 50 anos), optando por vezes por ter um

comportamento passivo com eles (e.g., “pelos vistos afeta, às vezes sou um bocadinho passivo com (os) meus filhos e com (os) meus netos” - Homem, 62 anos). Outros experimentam um sentimento de culpa pelo filho se preocupar por eles (e.g., “sinto que falhei, (emociona-se) porque ele não se devia ter de preocupar com este tipo, com se a mãe está gorda, não devia de ser uma preocupação dele, não é, nós é que nos devíamos preocupar com ele”- Mulher, 35 anos).

A categorização das experiências de estigmatização (i.e., “diretas”, “indiretas” e “ambientais”) utilizada na tabela dos resultados, é da autoria de Lewis e colaboradores (2011) sendo a mesma, uma adaptação do ensaio de Link e Phelan (2006).

As experiências de estigmatização percebidas em contexto social.

As experiências de estigmatização foram mencionadas pelo maior número de participantes em contexto social ($n=34$), isto é, por 74% da amostra; dentro dessa categoria, as experiências “diretas” foram as mais citadas ($n=22$). Além dos comentários negativos acerca da imagem corporal (e.g., “há pessoas minhas amigas que compreendem a minha situação de eu estar assim, mas há outras que não: “ah, estás tão gorda”” - Mulher, 63 anos), foi citado ser chamado(a) por nomes depreciativos (e.g., “tinha a alcunha de “gordinha” - Mulher, 25 anos), ser pressionado(a) para comer menos (e.g., “de vez em quando há um amigo que diz: “é pá para lá de comer”” – Homem 55 anos) e/ou para perder peso (e.g., “todos eles dizem que tenho que emagrecer” – Homem 62 anos) por vezes com terceiros a dar conselhos para emagrecer de forma recorrente (e.g., “as vezes convidam-me assim para sair, mas a pessoa chega lá e é aquela coisa que as pessoas dizem sempre: “aí isso é fechar a boca, não comas não sei o quê e porquê que não tens em casa só alface ou come só iogurtes, vai correr, vai”” - Mulher, 35 anos). Por vezes, os comentários não eram dirigidos diretamente ao próprio (e.g., “inclusivamente houve um senhor que já chegou ao meu marido [e disse-lhe]: “isto é doença”” – Mulher, 58 anos). Na investigação de Palmeira, et al. (2016), participantes mencionaram que se sentiam condenados pela sociedade, julgados como preguiçosos por não conseguir emagrecer, sem consideração pelos outros problemas que podiam ter.

Participantes mencionaram experiências de estigmatização “diretas”, por exemplo nos transportes públicos (e.g., “há muitas vezes que a gente se senta, num autocarro, que nós somos mais fortes, ocupamos mais espaço (...) e muitas vezes, as pessoas que se sentam ao nosso lado,

nos dizem que nós estamos a ocupar o lugar delas” – Mulher, 55 anos); alguns foram alvo de bullying (e.g., "desde pequena que sou um pouco hostilizada por ser gordinha (...) no sétimo ano fui cercada na escola na sala de convívio por um grupo de rapazes de várias cores, fizeram racismo comigo” - Mulher, 27 anos). Atitudes negativas dos profissionais de saúde foram também denunciadas (e.g., "há palavras daquele médico que eu não esqueço, que eu nunca seria magra porque eu tinha personalidade de gordos...uma personalidade de demissionária” - Mulher, 46 anos; “eu tinha menos dez quilos e ia lá [ao médico] toda contente mas disse-lhe a verdade, sempre fui muito honesta: “olhe Dr. consegui isto mas só consigo fazer meia hora de marcha” (...) [ele] olhou para mim e disse assim: “você quer continuar a ser uma vaca gorda? Então continue”” – Mulher, 50 anos), levando ao abandono da dieta iniciada segundo alguns relatos: (e.g., “eu saí daquela consulta, havia uma pastelaria, lembro-me que eu comi o bolo que eu achei que era o mais (...) para que é que eu vou estar a tentar se eu nem sequer vou conseguir” - Mulher, 46 anos; “aquilo chocou-me de tal maneira que eu deixei ficar os cartões, levantei-me e saí pela porta fora, essa dieta acabou ali” - Mulher, 50 anos). Puhl e Heuer (2009) evidenciaram que médicos, enfermeiros e inclusivamente psicólogos poderão ter atitudes negativas perante os indivíduos com obesidade porque acreditam que são preguiçosos, indisciplinados e com pouca vontade. Bueno, Leal, Saquy, Santos, e Ribeiro (2011) recomendam aos profissionais de saúde para tomarem atenção a essas rotulações, pois podem causar danos aos indivíduos; adicionalmente os autores recomendam um acompanhamento que integre a realidade subjetiva do pacientes, as suas perceções (e.g., os significados que eles atribuem a alimentação) e não só fornecer informações práticas no âmbito da intervenção para perda de peso.

Entre os participantes, foram igualmente citadas experiências de estigmatização "indiretas", isto é, mais subjetivas ($n=16$; e.g., “as pessoas conhecidas vêem-me como um gordo, sei que as pessoa não deixam de ter razão naquilo que estão a dizer, se eu não tivesse assim, o bom era para mim (...) mas sei que as pessoas comentam isso – Homem, 40 anos; “participante: se estou a comer um bolinho na pastelaria: “olha a gorda está a comer o bolo”. psicóloga: mas ouve esses comentários? participante: não, mas eu é que imagino que as pessoas estão a fazer esses comentários” – Mulher, 58 anos). Uma participante relata que essas experiências percebidas tornaram-se obsessivas para ela a uma certa altura da sua vida (e.g., “achava que qualquer pessoa que olhasse na minha direção, mesmo que olhasse para alguém que estava atrás de mim (...) passei por fases (aquela fase da perseguição) em que achei que realmente era prejudicada de alguma maneira mas olhando para trás se calhar não tinha nada a ver com nada” -

Mulher, 37 anos). Participantes sentem-se inferiorizados pela sociedade (e.g., “ser só assim um bocado mais gordo, tem influência na vida social (...) não é uma coisa que abone muito a favor da pessoa – Homem, 47 anos; “penso que perco estatuto” – Homem, idade não comunicada) e por vezes sentem-se marginalizados (e.g., “socialmente não se sente integrada, não se sente uma pessoa igual aos outros” - Mulher, 50 anos), alguns arranjam estratégias de coping (e.g., "numa reunião social pública, se eu me expresso com mais expressividade, com mais entoação, as pessoas deixam de olhar para a imagem e ouvem aquilo que eu estou a dizer, caso contrário não me passam cartão nenhum" - Homem, 46 anos). Por outro lado, essas experiências de estigmatização “indiretas” percecionadas podem desincentivar a prática da atividade física (e.g., “ir para um ginásio e quanto mais aumento de peso, menos vontade tenho de ir, porque não quero estar lá no meio daquele pessoal todo, sei que eu não aguento fazer os exercícios ou a gente vai pôr uma roupa e aquilo não... sei que marca qualquer coisa, não gosto muito”- Mulher, 36 anos; “sentia que estavam a olhar para mim (...) um grupo de amigas já convidaram-me sem conta [para fazer caminhadas], eu nunca quis ir porque não me sentia bem em vestir umas calças de malha e ir para o calçado com uma t-shirt e ir andar, não me sentia bem” – Mulher, 37 anos). O estudo qualitativo de Wiklund, Olsén, e Willén (2011) realizado com uma amostra de 18 indivíduos com obesidade mórbida evidenciou que o peso constituía na maioria dos casos, um obstáculo a prática de atividade física apesar de ser percecionado como uma boa experiência; no estudo de Groven e Engelsrud (2010), as 5 mulheres com obesidade da amostra revelaram que se sentiam mais à vontade para praticar exercício físico dentro um programa reservado a doentes com obesidade, uma vez que nos ginásios convencionais, sentem-se observadas pelos outros.

Uma participante do presente estudo admitiu estigmatizar indivíduos que, como ela, apresentam obesidade (e.g., “eu também não reajo com aquela boa vontade para outra gorda, não é? Olho e também crítico, portanto não posso recriminar os outros que me fazem o mesmo a mim” – Mulher, 60 anos). Até os próprios indivíduos com obesidade estigmatizam por vezes outros indivíduos com a mesma condição (Levy & Pilver, 2012).

Foram igualmente identificadas experiências de estigmatização "ambientais" na amostra do presente estudo ($n=19$). Alguns participantes mencionaram situações constrangedoras (e.g., "chegar a um transporte público e ficar com quase metade do rabo fora de um banco" - Mulher, 50 anos; “uma pessoa chega a uma esplanada, senta-se numa cadeira daquelas e sente-se apertada” – Mulher, 37 anos; “ver toda a gente usar um cinto e aquilo ficar largo, e eu precisar de

dois cintos para o avião” - Mulher, 25 anos). No estudo de Hayden, Dixon, Dixon, Playfair, e O’Brien (2010), os participantes relataram situações similares (e.g., ter que pedir um cinto suplementar no avião, assentos pequenos demais por exemplo nos teatros), e igualmente experiências em contextos diferentes (e.g., camas de hospital pequenas demais, ser ignorados nas lojas). Como no estudo de Lewis et al. (2011), participantes da presente investigação abordaram a dificuldade em arranjar roupa adaptada nas lojas (e.g., “comprar roupa, então é um caos porque números grandes já não há nos centros comerciais” – Mulher, 40 anos) e/ou em arranjar roupa que eles gostam (e.g., “é chegar às lojas, e não encontrar obviamente quase nada que a gente goste, a gente ou tem aquilo, ou tem aquilo, e tem que comprar aquilo” – Mulher, 25 anos). Alguns indivíduos relataram experiências constrangedoras nesse contexto (e.g., “levo uma data de roupa [para os provedores] : “então, não levas nada?”, “não, não”, porque não me passou das ancas para cima, [agora] quando vou ver roupa, procuro ir sozinha assim não dou satisfações porque é que estou a deixar uma peça” - Mulher, 38 anos). Perante a escassez de roupa adaptada e/ou que gostam nas lojas, alguns indivíduos arranjam estratégias, porém enfatizam que leva a custos adicionais (e.g., “eu tenho jeito para a costura, quando não arranjo, faço (...) só que tenho que ir comprar o tecido, ir fazê-lo, gastar horas, o modelo vai ficar o triplo do preço que ia gastar se fosse comprar” – Mulher, 27 anos); “não há roupas para mim, haver há mas são roupas que...tenho que mandar fazer (...) ao fim e ao cabo fica-me tudo muito mais caro.” – Mulher, 63 anos).

As experiências de estigmatização percebidas em contexto profissional.

Entre os indivíduos ativos da amostra do presente estudo ($n=28$), quase metade ($n=13$) relataram experiências de estigmatização no trabalho sejam elas “diretas”, indiretas” ou “ambientais”.

Entre as experiências “diretas”, alguns participantes mencionaram serem pressionados para perder peso (e.g., “sou chamada à atenção que estou forte: “ah, devia perder peso”, é um colégio de elite então têm muito a mania da imagem” - Mulher, 27 anos). Outros relatam serem alvos de preconceitos por parte de colegas de trabalho (e.g., “lembro-me dessa moça estar a falar...um grupo grande... eu estava a falar que é difícil perder peso e ela disse-me que não, bastava nós querermos, mas ela também estava a deixar de fumar e não conseguia, mas entendia que era diferente (...) continua a haver a recriminação dos gordinhos” – Mulher, 38 anos).

Entrevistados citaram experiências de discriminação no local de trabalho relativamente às suas competências físicas (e.g., “eu trabalhava num bar de um hospital, gostava imenso de lá trabalhar, mas uma chefe não entendia o mesmo e disse para quem quis ouvir que a I. é gorda demais para trabalhar aqui porque, enfim, não aguenta” – Mulher, 37 anos). Os autores Alexander, Selwyn, Calitz, Yach, e Wang (2016) apontam no seu estudo que entre indivíduos com obesidade da amostra, muitos achavam que eram vítimas de discriminação no trabalho; o estudo de Levrini e Papa (2016) realizado com uma amostra de 231 pessoas com obesidade, revela que a maioria dos participantes se sentiam discriminados e percecionavam um tratamento desigual entre os trabalhadores. Na presente investigação, participantes mencionaram ser vítimas de discriminação no processo de recrutamento algumas vezes de forma direta (e.g., “já perdi muitos trabalhos por causa do aspeto físico, nunca mais me vou esquecer de uma entrevista que fui à Levi’s que eles disseram-me: “ah se você fosse magra a gente contratava-a, você é simpática e tudo, mas é gorda”” – Mulher, 27 anos); outros relataram experiências subjetivas (e.g., “participante: se eu quisesse enveredar por dar aulas num ginásio, ninguém me vai contratar, olham para mim e não me vão contratar. psicóloga: mas já tentou? participante: não. psicóloga: como é que sabe que não? participante: acho que não, nós vamos a um ginásio qualquer e só vemos é professoras ou treinadoras modelo” – Mulher, 35 anos); e experiências “indiretas” percecionadas levam alguns participantes a manterem-se vigilantes em contexto profissional (e.g., “eu estou numa empresa onde já me conhecem e sabem o que é que eu valho, mas hoje em dia cada um de nós não pode deixar de ter a noção que a imagem conta portanto tenho algum cuidado se eu vou a uma reunião onde tenho que representar a empresa onde trabalho, penso assim: “pode haver alguém que sinta que...” – Mulher, 46 anos).

Por último, participantes ($n=2$) citaram experiências de estigmatização “ambientais” em contexto profissional (e.g., "eu fiquei 1 dia inteiro a ver um seminário, mal sentada numa cadeira porque não queria dar parte fraca e dizer a alguém que não cabia na cadeira" - Mulher, 37 anos).

As experiências de estigmatização percecionadas por parte dos familiares.

A nível familiar, foram mencionadas essencialmente experiências de estigmatização “diretas”: comentários negativos da forma corporal (e.g., “ah estavas tão bem e agora estás

assim” - Mulher, 27 anos), ser chamado(a) por nomes depreciativos (e.g., “chamam-me gorduchinha” - Mulher, 60 anos), ser pressionado(a) para alterar o comportamento alimentar (e.g., “os pais chamam sempre à atenção: “não comas isto, não comas aquilo”” - Mulher, 27 anos) podendo causar conflitos (e.g., “gera discussões se eu vou almoçar com a minha mãe” - Mulher, 34 anos) e levar por vezes os participantes a evitar as refeições em família (e.g., “já evito ir comer com eles” - Mulher, 34 anos).

Apenas uma participante da amostra do presente estudo citou experiências de estigmatização "indiretas" em contexto familiar: "fico nervosa de comer perto deles porque sei que estão de olhos postos em mim" - Mulher, 35 anos.

Foram evidenciadas vários tipos de reações relativamente as experiências de estigmatização relatadas nesse contexto: (e.g., “tudo o que eu disse, da minha esposa, dos meus filhos, não digo que seja de forma negativa...é uma forma positiva... para me ajudar e fazer-me ver que eu não posso ter o peso que tenho” – Homem, 40 anos; dizem “dantes eras elegante agora deixaste-te engordar, devias fazer uma dieta” mas nada a criticar, eu é que não me sinto bem mesmo, comigo própria” - Mulher, 40 anos; “sou capaz de ficar irritada e ir comer basicamente, ninguém se sente bem com estes comentários não é, a pessoa nunca é suficientemente boa” – Mulher, 35 anos); “[esses comentários] me prejudicaram muito, falo assim “ah você dizia que só faz roupa para a minha irmã”, pensar que a minha mãe não gostava de mim, que eu era mesmo gorda e com pouca força de vontade, principalmente na época da adolescência teve um impacto muito ruim” – Mulher, 36 anos).

O estudo de Puhl e Brownell (2006) realizado com adultos com obesidade, revelou que para 72% da amostra, as experiências de estigmatização procediam maioritariamente dos familiares; no presente estudo, o número de participantes a mencionar experiências de estigmatização em contexto social ($n=34$; 74%) é maior em comparação com o familiar ($n=13$; 39,5%). O estudo qualitativo de Lima e Oliveira (2016) tinha como objetivo identificar os fatores que dificultam a perda de peso numa amostra de 10 adultos com obesidade de ambos os sexos; 70% da amostra mencionou a baixa autoestima que, segundo esses participantes é decorrente do preconceito familiar. O estudo quantitativo de da Silva, Batista, Galdino, e Barros (2018) realizada com uma amostra de 29 mulheres adultas com obesidade com idade média de 41 anos, evidenciou uma associação entre a perceção de suporte familiar e a existência de sintomas de depressão e ansiedade: quanto maior a perceção de suporte menor é a frequência desses sintomas, reforçando a importância do papel da família como fator de proteção. Devido ao estigma

da obesidade na sociedade, os indivíduos com obesidade precisam de sentir-se seguros e aceitos no seu ambiente familiar (da Silva et al., 2018); por outro lado, segundo Souza et al. (2005), o apoio familiar a nível emocional, é um dos aspetos mais importantes que contribui para a manutenção uma perda de peso bem-sucedida e os indivíduos relatam maior motivação quando percebem esse suporte (Souza et al., 2005).

As experiências de estigmatização percebidas por parte do(a) parceiro(a).

Nessa categoria, as experiências de estigmatização “diretas” foram as mais numerosas ($n=7$) com comentários negativos do(da) parceiro(a) acerca da imagem corporal (e.g., “olha as banhas!” - Mulher, 70 anos), ser chamado(a) por nomes depreciativos (e.g., “o meu marido está sempre a brincar comigo, diz que eu que sou a gordinha da casa” – Mulher, 55 anos), ser alvo de comentários a nível da dieta (e.g., “quem sempre tocou assim a minha atenção se eu ainda comesse alguma coisa foi sempre o meu marido” - Mulher, idade não comunicada) ou de comentários depreciativos na vida íntima (e.g., “chegou uma altura que ele começou a fazer esse género de comentários: “vou apagar a luz porque me estás a incomodar”” – Mulher, 27 anos).

Relativamente às experiências de estigmatização “indiretas”, foi mencionado por algumas participantes uma suspeição de vergonha (e.g., “participante: eu já tive um namorado, estive 4 anos, acho que era só estar, descobri que ele fazia um sacrifício em estar comigo (...) não me aceitava conforme eu era. psicóloga: mas de alguma forma ele fazia comentários que a fizessem sentir assim? participante: não, comentários exatamente não mas vamos supor, precisava de ir às compras, ele nas compras ficava distante de mim” - Mulher, 62 anos; “neste momento começo a pensar que o meu marido poderá ter vergonha em estar comigo” – Mulher, 41 anos). Outras participantes relataram experiências enquanto adolescentes: “se for preciso todas as semanas elas [as minhas amigas] trocam de namorado como quem troca de camisa e eu não consigo isso (...) protejo-me porque tenho medo de ser magoada, que seja que “ah vou namorar com a gordinha para a coleção”” – Mulher, 27 anos; “na adolescência por exemplo, eu notava que os rapazes nunca tinham tendência para mim, eram muito meus amigos mas nunca havia namoros, acho que se calhar nesse aspeto, foi onde a gordura acabou por influenciar (...) se calhar a inferioridade do meu peso” – Mulher, 36 anos). Uma participante parece indicar que percepções de estigmatização “indiretas” a levou a tomar decisões precipitadas na sua vida privada: “psicóloga: sentiu que perdeu ou que ficou privada de alguma coisa neste processo de

aumento de peso? participante: perdi a...por exemplo, a ver se eu me sei explicar...aos meus 19 anos conheci o meu marido e casei ao fim de dois anos, mas eu tinha um bocado a mania que tinha que aproveitar aquele homem, porque se calhar mais ninguém queria casar comigo, porque eu era gorda. Está a perceber o que eu quero dizer?” – Mulher, 37 anos. No estudo de Lewis et al. (2011), vários participantes apontaram que como consequência do estigma que percecionavam, não iam atrás das suas ambições como por exemplo ir para universidade, candidatar-se a um novo emprego ou envolver-se em novos relacionamentos.

Além do papel da família, estudos focaram na contribuição do parceiro de forma mais específica para o (in)sucesso das intervenções para a perda de peso; na investigação de Oliveira e Ribeiro (2013), as 5 mulheres com obesidade da amostra identificaram como barreiras, a falta de suporte do conjugue para iniciar uma dieta saudável e/ou a manutenção de uma alimentação inadaptada do mesmo. Uma vez que o(a) parceiro(a) desempenha um papel importante no auxílio à perda de peso, a sua responsabilização e sua integração enquanto suporte social no âmbito da intervenção poderão ter um impacto positivo. Revisões de literatura confirmam que esse suporte no processo da perda de peso é proveitoso na maioria dos casos (McLean, Griffin, Toney, & Hardeman, 2003), especialmente quando o cônjuge está integrado(a) ao programa para perda de peso (Golan, Schwarzfuchs, Stampfer, & Shai, 2009).

As experiências de estigmatização percecionadas por parte do(s) filho(s).

Por último, foram mencionadas igualmente experiências de estigmatização procedentes dos filhos ($n=11$) entre os participantes que têm um filho ou mais ($n=35$): comentários negativos acerca da imagem corporal (e.g., “oh pai, tens que perder peso” - Homem, 67 anos), por vezes irónicos (e.g., “estão sempre na brincadeira comigo, “és tão bonita mãe, és tão magrinha”” – Mulher, 41 anos), nomes depreciativos (e.g., “chamam-me gorduchinha, o meu filho quando era pequeno chamava-me a miss piggy” – Mulher 60 anos), ser pressionado para perder peso (e.g., “minhas duas miúdas que começam logo a dizer que: “o pai tá gordo e que tem que perder peso, tem que perder peso porque senão qualquer dia dá-lhe um treco”” – Homem, 50 anos) ou para alterar o seu estilo de vida (e.g. “mãe se eu te puser a fazer ginástica, tu fazes?” - Mulher, 35 anos).

Foi mencionado apenas uma experiência de estigmatização “indireta” entre os participantes nessa categoria, trata-se de uma suspeição de vergonha (i.e., “não há filho nenhum que

goste de ter uma mãe gorda, que a mãe seja diferente das mães dos outros meninos, a mãe ou o pai” - Mulher, 50 anos). Não foi encontrado artigos na literatura acerca desse tema.

No total, 91,5% dos participantes do presente estudo mencionaram como consequência negativa da manutenção da obesidade, uma ou várias experiências de estigmatização (todos os contextos confundidos). O estudo de Lewis e colegas (2011) realizado com uma amostra de 141 indivíduos adultos com obesidade tinha como objetivo identificar as experiências de estigmatização percebidas e o seu impacto entre os participantes, entre eles, alguns (não foi especificado o número no artigo apenas que eram homens na maioria e com IMC entre os mais baixos) não citaram nenhuma experiência de estigmatização. No presente estudo, eram 4 indivíduos - tanto homens quanto mulheres (i.e., 2 homens com obesidade mórbida; e 2 mulheres com obesidade grau 1) a não identificar nenhuma experiência de estigmatização como consequência negativa da manutenção da obesidade. O estudo de Wills, Backett-Milburn, Gregory, e Lawton (2006) realizado com 36 jovens de ambos os sexos com excesso de peso ou obesidade, apontou que metade dos participantes foram vítimas de experiências de estigmatização “diretas” (e.g., provocações, bullying) e que apesar disso, entre eles, muitos tinham uma imagem corporal positiva evidenciando assim que as experiências de estigmatização impactavam os indivíduos de forma diferente.

Lewis et al. (2011) no seu estudo apontou que a maioria das mulheres com obesidade vítimas de estigmatização não desafiavam o estigma e sentiam-se culpadas. Segundo Puhl e Suh (2015a), os indivíduos com obesidade que internalizam o estigma não demonstram uma motivação maior para perda de peso, pelo contrário, pois na maioria dos casos, tem efeitos negativos a nível da sua saúde (e.g., perturbações do humor e do comportamento, baixa autoestima) contribuindo assim para o (re)ganho de peso. Estudos revelaram uma associação entre as experiências de estigmatização percebidas, a dificuldade em perder peso, a baixa adesão ao tratamento para perda de peso, a baixa motivação para a prática de exercício físico, a baixa autoeficácia e a tendência para comer em excesso (Papadopoulos & Brennan, 2015; Puhl & Suh, 2015a, 2015b; Vartanian & Smyth, 2013).

No total, as consequências negativas identificadas no presente estudo e classificadas entre as 8 categorias discutidas acima, são relativamente numerosas; muitas vezes, foi observado que, consequências negativas podiam desencadear outras consequências negativas (e.g., dependência do(a) parceiro(a) resultando de incapacidades na mobilidade, dificuldades para desempenhar tarefas resultando de dores); e destaca-se que algumas consequências (e.g., emoções negativas como a vergonha; autoestima baixa) podem ter repercussões a vários níveis simultaneamente (e.g., isolamento social, renunciar a ter uma vida íntima, motivação para a prática de atividade física impactada negativamente).

Consequências Positivas Percebidas

Os participantes identificaram consequências positivas decorrentes da manutenção da obesidade como continuar a ter uma dieta sem restrições (e.g., “mantendo, se calhar o estilo de alimentação que tenho, não perdi” - Homem, 34 anos), assegurando para alguns uma melhor boa-disposição, nomeadamente em contexto profissional (e.g., “eu sou fisioterapeuta, quando começo estas dietas, fico mais irritada, não tenho paciência com eles, mas quando como o que eu quero e à minha vontade, acabo por ser uma pessoa mais bem-disposta - Mulher, 36 anos). Os indivíduos com obesidade apresentam uma tendência para o consumo de alimentos muito calóricos contribuindo para o desenvolvimento e a manutenção da sua condição (Mela, 2001); muitos consideram a alimentação como uma importante fonte de prazer (de Lima & Oliveira, 2016), ajudando por vezes a aliviar as emoções negativas (Levrini & Papa, 2016) como por exemplo, a ansiedade e a irritabilidade; trata-se neste caso de alimentação emocional (Coco, Salerno, Bruno, Caltabiano, & Ricciardelli, 2014). Estudos demonstraram também que a restrição alimentar no âmbito de programas para perda de peso pode ter um impacto negativo em termos de fadiga e de vigor (Buffenstein, Karklin, Driver, & 2000), efeitos esses que poderão talvez contribuir para uma maior irritabilidade.

Outros participantes citaram como consequência positiva ter menos rugas (e.g., “a minha irmã a seguir a mim, é mais magra que eu, tem, menos 1 ano, mas tem muitas rugas; e eu ao pé dela não tenho rugas” - Mulher, 60 anos) a ser alvo de exigências menores a nível académico (e.g., “ter este peso e ser desta idade faz com que não me obriguem a mais (...) alguma coisa positiva é isso, poder refugiar-me neste pacote todo.” - Mulher, 34 anos), podendo haver assim uma proximidade aos resultados do estudo longitudinal norte-americano de Kenney,

Gortmaker, Davison, e Austin (2015), o qual demonstrou que os professores tinham a percepção que os alunos com obesidade possuíam menos capacidades, em comparação com alunos com peso normal e, conseqüentemente, davam-lhes notas inferiores.

Importa destacar que as perguntas: “No seu caso pessoal, acha que a manutenção de um peso elevado tem alguma consequência positiva? Se sim, qual/quais?”, colocadas no âmbito da entrevista do presente estudo, suscitaram alguma surpresa por parte dos participantes, tendo em conta as dificuldades que a doença pode acarretar. Como esperado, comparativamente com as consequências negativas, foram poucas as consequências positivas citadas; porém, a exploração destes conteúdos é essencial pois pode dar informação sobre possíveis ganhos secundários ou vantagens que os indivíduos com obesidade poderão ter dificuldade em abdicar e que conseqüentemente poderão comprometer a eficácia de uma intervenção.

Entende-se a importância de identificar as consequências percebidas, quer positivas (e.g., boa disposição decorrente de uma dieta sem restrição), quer negativas (e.g., experiências de estigmatização) pela possibilidade de serem barreiras à perda de peso bem-sucedida e manterem os indivíduos num estado que compromete o seu bem-estar a todos os níveis.

Foram discutidas as consequências negativas e positivas mencionadas pelos participantes no âmbito do presente estudo, serão de seguida comentados os resultados relativos ao autoconceito espontâneo percebido.

Autoconceito Espontâneo

Na presente investigação, não se trata de avaliar quantitativamente o autoconceito dos indivíduos e compará-los com os níveis observados na população geral como se pretendia noutros estudos (e.g., Rocha & Costa, 2012; Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 20014), o objetivo aqui é a exploração do autoconceito percebido dentro de uma amostra de indivíduos com obesidade. Lembra-se que a literatura acerca do autoconceito nos indivíduos adultos com obesidade é escassa (Mukherjee et al., 2017) salientando que essa área precisa de ser mais investigada para permitir a comparação de resultados entre estudos e informar a intervenção. Na presente

investigação, no global, o autoconceito espontâneo negativo obteve maior número de menções ($NM=533$) que o positivo ($NM=328$), e serão comentados a seguir esses resultados.

Imagem corporal.

Aproximadamente três quartos dos participantes da amostra ($n=35$) usou a palavra “gordo(a)” ou uma palavra equivalente como “gordinho(a)” para se descrever (e.g., "veem-me como uma pessoa gorda, e é o que eu sou de facto" - Homem, 65 anos). Alguns ponderaram o seu excesso de peso com a altura (e.g., “sou gordo, mas não sou aquele gordo de também pela altura, se eu tivesse um metro e sessenta e tivesse este peso é que...assim, disfarço (risos)” – Homem, 47 anos) ou com a largura (e.g., “eu tenho uns ombros largos, sou uma pessoa bastante encorpada, hum...não sou gordo”, Homem 67 anos); outros pelo contrário reforçavam a conotação negativa do excesso de peso com outra característica física (e.g., "estou muito forte além de ser baixinha" - Mulher, 63 anos). Quase um quarto da amostra ($n=11$; i.e., 7 mulheres e 4 homens; $n=5$ com $IMC>40$) usou igualmente a palavra obeso(a) para se descrever (e.g., “sempre fui obesa" - Mulher, 36 anos). Pinto e Bosi (2010) evidenciaram no seu estudo qualitativo realizado com uma amostra de 8 mulheres com $IMC>30$ e idade média de 44 anos, que as participantes usavam exclusivamente as palavras “gordas”, “gordinhas”, “bem fortes” para se descrever o que segundo os autores indicava que essas não se percecionavam como “obesas”, apontando que a palavra tinha para elas uma conotação negativa que usavam apenas para descrever os outros, mas nunca elas-próprias. Coloca-se a pergunta se o facto de não se descrever como “obeso(a)” sendo que essa palavra remete ao campo lexical da doença, teria uma influência a nível da percepção da gravidade da mesma (i.e., fraca) e teria consequentemente um impacto na adesão ao tratamento para perda de peso. O estudo de Pinto e Bosi (2010) revela que as mulheres da sua amostra apesar de não se percecionarem como “obesas”, apontam as suas dificuldades físicas e reconhecem-nas como decorrentes da doença, existindo segundo os autores a percepção de gravidade da doença nos relatos; além disso evidenciaram que as participantes consideravam que a cura dependia das suas ações.

Foi evidenciado uma insatisfação com a imagem corporal na maioria da amostra. Esses resultados vão ao encontro de vários estudos como o de Thomas et al. (2010). No total, 74% da amostra mencionou estar insatisfeito(a) com a sua aparência (e.g., “o facto de o espelho mostrar uma coisa que não gostamos" - Mulher, 65 anos) e 50% da amostra estar insatisfeito(a) com a(s) forma(s) do corpo (e.g., "estou gordo, cheguei a uma situação que não queríamos poder

chegar” – Homem, 40 anos). Alguns participantes comentaram que os padrões de beleza mudaram (e.g., “a gordura hoje em dia, acho que há uns anos atrás era bem vista, agora acho que já não é - Homem 50 anos). Estes achados vão ao encontro da literatura que aponta que a obesidade está associada com a insatisfação com a imagem corporal, apesar de um número substancial de indivíduos com obesidade não evidenciar repercussões negativas significativas relativamente a esse aspeto (Thomson & Schaefer, 2018).

O estudo qualitativo de Macedo, Palmeira, Guimarães, Silva, e Ladeia (2013) realizada com uma amostra de 19 indivíduos com obesidade (14 mulheres e 5 homens com idade média de 43 anos e IMC médio de 36,8 Kg/cm²), tinha como objetivo nomeadamente explorar o significado percebido da obesidade. Os participantes abordaram essencialmente a parte da imagem corporal, e revelaram que suscitava neles sentimentos de tristeza, de insatisfação e de não aceitação. Os autores do estudo acreditam que esse mal-estar, palpável nos relatos poderá impactar negativamente a adesão ao tratamento, por este motivo recomendam no âmbito da intervenção não apenas tratar resolver as problemáticas fisiológicas, mas também focar nas problemáticas de foro social e psicológico. Pois, Macedo et al. (2013) acreditam que existe uma relação entre o significado que os indivíduos atribuem a obesidade e a forma como esses cuidam da sua saúde, e que a baixa autoestima quando confirmada prejudica a adesão a tratamento.

Nas entrevistas, houve menções ambivalentes relativamente à aparência física e/ou a(s) forma(s) do corpo por parte de 46% da amostra ($n=21$), isto é, com avaliações alternativamente positivas e negativas num mesmo excerto (e.g., “a minha imagem foi sempre, é bonita, pena ser tão gordinha, eu gosto, não vou dizer que não gosto de mim, precisava era de ter menos centímetros” - Mulher 41 anos; “eu sou uma pessoa normalíssima, não, nada de obeso, tenho é a barriga um bocado...” - Homem 67 anos).

Quase um terço da amostra (33%) descreveu-se positivamente de alguma forma. Pois, participantes (i.e., 9% da amostra; 2 homens e 2 mulheres) indicaram estar satisfeito(a) com a sua aparência física (e.g., "eu sinto-me bem, se não fosse o problema da coluna, que fala comigo (...) eu gosto muito do meu corpo" - Homem, 55 anos); e uma participante referiu aceitar o seu corpo tal como é (i.e., “sou fisioterapeuta e canso-me muito mais facilmente, só isso é que me incomoda mais...mas a gordura em si, sempre aceitei o meu corpo assim” – Mulher, 36 anos). Ao contrário de participantes na amostra que revelaram que o ter engordado lhes tirou a vontade

de investir o corpo (e.g., “quando era mais magra, era, vaidosa, gostava de me mostrar, de me sentir bem, e agora já não” – Mulher, 60 anos), outros reconhecem ser vaidosos; entre eles, alguns comparam-se favoravelmente com outros indivíduos que como eles têm obesidade (e.g., “eu ao pé de algumas pessoas que vejo obesas, eu sou jeitosa, sou elegante, gosto de me arranjar bem mesmo com roupas baratinhas, sei-me arranjar, sei combinar cores e sinto-me bem comigo – Mulher, 70 anos); alguns consideram que o investimento do corpo é necessário (e.g., “as pessoas gordas são sempre um bocadinho mais vaidosas, têm sempre aquela coisa que têm que se arranjar mais para compensar de alguma forma o facto de serem gordos, sempre tive cuidado de andar arranjado – Homem, 38 anos). No estudo de Thomas e colaboradores (2010) realizada com uma amostra de 142 indivíduos com obesidade, “aceitar o seu corpo” assim como “investir na aparência” foram identificadas como estratégias de coping por alguns participantes, isto é, como forma de compensar a sua insatisfação com a imagem corporal.

Relativamente às competências físicas, 74% da amostra mencionou sentir-se limitado(a) e/ou incapacitado(a) ($n=34$; e.g., "eu tenho a dificuldade em me movimentar" – Homem, 43 anos), 7% da amostra apontou especificamente a sua insatisfação com a barriga por ser limitativo no desempenho de algumas atividades (e.g., "não tenho colo para dar [ao meu neto], tenho a barriga maior e não tenho colinho para lhe dar" – Mulher, 58 anos). Alguns participantes apontam o facto de eles não terem saúde (7% da amostra; e.g., “[a obesidade] não me dá saúde nenhuma – Homem, 43 anos).

Na descrição que eles fizeram deles próprios, um número reduzido de participantes apontaram capacidades físicas de que se orgulham, por exemplo ter resistência física ($n=1$; e.g., "se eu faço caminhadas de 10 km, eu garanto que há muitas pessoas magras que não me acompanham – Mulher, 27 anos), ter agilidade ($n=2$; e.g., "consigo fazer na ginástica coisas que há pessoas lá magras que não conseguem" - Mulher 37 anos) podendo ser um modelo a ser seguido ($n=1$; i.e., "demonstro o pino e os alunos ficam de boca aberta (...) acabo por ser um incentivo para os alunos mais gordinhos " - (Mulher, 35 anos).

Alguns participantes (9%) descrevem-se como sendo indivíduos saudáveis apesar de perceberem que problemas de saúde poderão surgir no futuro (e.g., “a minha obesidade futuramente pode-me prejudicar em saúde e agora graças a Deus não tenho nada, mas mesmo os meus ossos, artroses, sinto-me bem, só que é assim, eu tenho 36 anos, a partir de 50 vai começar a aparecer muitas coisas que são já devido à minha gordura ao longo da vida” – Mulher

36 anos); outros percebem-se saudáveis apesar de ter um discurso bastante ambíguo relativamente ao tema (e.g., “participante: eu felizmente tenho saúde, se não tivesse saúde não sei, mas como tenho saúde não ligo nenhuma, se me aparece uma pontada não quero saber. psicóloga: portanto há uma desvalorização da dor, não é? participante: há uma grande desvalorização da dor, do mal-estar, não ligo mais” - Homem, 65 anos).

Alguns participantes fazem uma distinção entre como “estão” e o que “são” na realidade, reforçando que o peso não os define (e.g., “se eu conseguisse manter o meu peso, ser uma pessoa magra, acho que eu seria mais bonita, porque não acho que sou feia, mas acho que estou feia” - Mulher 36 anos; “eu com 1.85m e 127 kg evidentemente que sou gordo, mas nunca me considerei como gordo na vida, sempre me considerei que estou gordo, nunca me considerei gordo, para mim é uma diferença muito grande” – Homem, 65 anos). Esse olhar positivo poderá potencialmente ser utilizado no âmbito da intervenção no intuito de contribuir para melhorar/reforçar a autoestima caso necessário no intuito de favorecer a adesão ao tratamento para perda de peso.

Personalidade explícita.

O conceito de personalidade explícita designa os traços de personalidade com os quais os participantes se descrevem; abrange as características pessoais estáveis e não patológicas dos indivíduos (Schnabel, Asendorpf, & Greenwald, 2008)

Alguns traços psicológicos descritos eram abordados muitas vezes na perspetiva do peso, quer os negativos (e.g., “acho que me falta força de vontade (...) para ir para o ginásio, para fechar a boca e emagrecer, me vejo como uma pessoa preguiçosa” – Mulher, 36 anos), quer os traços psicológicos positivos (e.g., “a vida não é realmente por sermos gordos ou magros, a vida é mesmo para tocar para a frente e é o que eu faço” – Mulher, 52 anos); outros traços psicológicos como a determinação revelando qualidades percebidas da pessoa sem serem relacionadas com o peso foram igualmente mencionados (e.g., “eu andei 12 anos à espera para ficar grávida, andei em médicos particulares, ia lentamente sempre atrás deles” - (Mulher, 53 anos). Outros traços psicológicos como o perfeccionismo apesar de serem identificados como traços positivos poderão potencialmente ter contribuído para o aumento de peso (e.g., “psicóloga: em relação ao processo do aumento de peso, já me tinha dito que tinha sido de forma gradual. participante: exato. psicóloga: e o que é que acha que gradualmente foi mudando? participante: (...) a família foi aumentando, foram aumentando digamos as responsabilidades,

as tarefas...e também eu reconheço que a nível profissional, comecei com mais responsabilidade, mais trabalho, e isso, portanto as duas coisas, hum, juntas...tem a ver com o facto também de eu tentar ter as coisas, ser um bocado perfeita, é um bocadinho isso” – Mulher, 41 anos).

No estudo qualitativo de Thomas e colaboradores (2010) que tinha como objetivo a exploração do autoconceito numa amostra de adultos com obesidade, os autores apontaram que os participantes utilizaram vários traços psicológicos positivos para se descrever. No presente estudo, 37% da amostra mencionaram um ou mais traços psicológicos positivos e 11% um ou mais traços psicológicos negativos; pois os participantes focaram essencialmente na imagem corporal para se descrever, muitos não abordaram (ou pouco) outros aspetos. Cabe salientar que no presente estudo, os participantes foram entrevistados sobre o autoconceito no final da entrevista, depois de terem respondido a um importante número de perguntas acerca da sua experiência da manutenção da obesidade (e.g., história do seu peso, consequências negativas da manutenção do peso), o que poderá explicar esses resultados.

Profissional.

A nível profissional, as características positivas citados pelos participantes ($n=6$) foram trabalhador(a) (e.g., “eu sou uma pessoa gorda, mas quando é para trabalhar, faço tudo o que os outros fazem e às vezes mais perfeito, sejam gordos ou sejam magros - Mulher, 60 anos) e competente (e.g., "olha acho que as pessoas me veem como uma pessoa gorda, mas me veem como uma pessoa competente” – Mulher, 36 anos); os adjetivos negativos foram apenas mencionados por uma participante sendo esses: incompetente (i.e., "acho outras vezes incompetente, acho que sou um pouco" - Mulher, 36 anos) e insatisfeita (i.e., "uma pessoa que nunca está satisfeita, acho sempre que eu podia ter feito melhor" - Mulher, 36 anos).

Social.

Relativamente ao autoconceito espontâneo positivo, a categoria social foi mencionada por 45,5% da amostra ($n=19$). Uma entrevistada apenas descreveu-se de forma negativa em relação ao domínio social (i.e., “gosto de estar num sítio e sentir-me invisível, sou muito envergonhada – Mulher, idade não comunicada). Pois, prevalecem os adjetivos positivos, entre eles: a boa disposição ($n=11$), ser solidário(a) ($n=7$), sociável ($n=5$), extrovertido(a) ($n=5$) e confiável ($n=5$). Existem alguns estereótipos acerca dos indivíduos com obesidade: a boa disposição, a simpatia e a alegria são características que lhes são atribuídas (Santos, Eskinazi, Mesnard, & Mouchenik, 2019). Participantes do estudo se descrevem de acordo com esses estereótipos:

(e.g., “os gordos têm uma coisa boa que são bem-humorados” – Homem, 47 anos; sou uma pessoa muito divertida...dizem que os gordinhos são muitos extrovertidos e realmente são, é a nossa capa (risos)” – Mulher, 38 anos). Alguns indivíduos do estudo acreditam que as dietas podem comprometer essa qualidade: (e.g., “quando foi uma dessas perdas de peso dos catorze quilos, houve pessoas que até disseram que eu não era tão bem-disposto” – Homem 34 anos), nesse caso, poderá ser uma barreira a perda de peso especialmente no caso de perceberem repercussões negativas significativas a nível profissional (e.g., “acabo por ter um bocado de barriga não vejo que isso afete até porque a tendência uma pessoa que é mais inchada, é sempre mais bem-disposta e eu a boa-disposição na relação médico-doente é uma coisa absolutamente essencial” – Homem, 62 anos). Outros participantes apontam a sua boa disposição como sendo uma grande força (e.g., “portanto ser gorda não me afeta minimamente, afeta-me a nível só de saúde, porque fico mais cansada, porque, pronto a nível de disposição, mesmo socialmente, não me afeta nada, a minha qualidade vida não pode ser tão boa como a sua, mas se eu tivesse num ambiente social a socializar sou capaz de estar com a mesma disposição se calhar melhor que a sua – Mulher, 52 anos), revelando nesse caso atitudes positivas dos participantes acerca deles próprios.

Autoestima.

Foram mencionadas atitudes positivas por 43% da amostra (e.g., “pessoas que me conhecem bem, dizem que quando olham para mim não veem a pessoa gorda, dizem que a minha beleza interior se sobrepõe ao peso a mais que eu tenho” – Mulher, 35 anos; “acho que eles gostam quando eu estou mais magro, mas acho que não deixam de gostar por eu ser mais gordo” – Homem, 38 anos; “sou boa pessoa, o corpo não quer dizer nada – Mulher, 30 anos”).

Foram igualmente citadas atitudes negativas por 15% da amostra (e.g., “não conseguimos virar, se sento não consigo levantar, apanha muito limitação da vida, e perdemos gosto de nós próprios” – Mulher, 55 anos”; “[sou] uma pessoa completamente vulgar, que não é para ter um relacionamento próximo, pelo facto do meu aspeto” - Homem, 46 anos).

No global, o autoconceito espontâneo negativo obteve no global maior número de menções que o positivo, e foi evidenciado uma insatisfação com a imagem corporal na maioria da amostra. O autoconceito espontâneo positivo, apesar de ser menos representado no presente estudo, poderá revelar focos terapêuticos a serem aproveitados em contexto clínico (e.g., traços psicológicos, autoconceito social, atitudes positivas).

Limitações do Estudo e Sugestões Futuras

No presente estudo, algumas entrevistas ($n=15$) foram realizadas telefonicamente e nesse contexto, não é possível captar a linguagem não verbal dos participantes; potencialmente perdem-se informações importantes que poderiam ajudar o psicólogo a orientar a sua entrevista e a aprofundar alguns aspectos; sugere-se uma videochamada em estudos futuros como alternativa.

Igualmente relativamente às entrevistas telefônicas, alguns questionários sociodemográficos e de saúde não foram devolvidos, tornando incompleta a base de dados da amostra. Nos próximos estudos, recomenda-se pedir aos participantes para proceder a esta etapa antes da realização da própria entrevista.

A grelha de codificação não foi estabilizada, levando a criação de novas categorias até à última entrevista analisada. Tal pode dever-se a heterogeneidade da amostra (e.g., história de peso, características sociodemográficas e de saúde, classes de IMC). Sugere-se a replicação dessa investigação com mais participantes de ambos os sexos. Contudo, destaca-se que este estudo já tem um número significativo de participantes incluindo participantes de sexo masculino, o que constitui uma força do mesmo.

Sugere-se ainda realizar as entrevistas com psicólogos mais experientes no sentido de mais aprofundar os conteúdos quando necessário para ir ao encontro da questão de investigação de forma completa, por exemplo, alguns participantes mencionaram a existência de consequências negativas da manutenção da obesidade a nível da sua saúde sem especificar os problemas que tinham. Porém, o tema da manutenção da obesidade por ser um tema sensível e que poderá estar associado a uma experiência de sofrimento implica ter atenção a forma como reage o participante às perguntas, respeitar o seu ritmo e a sua privacidade. Assim, a exploração de conteúdos dessa natureza deve ser cautelosa.

No âmbito da intervenção, entende-se a importância de aprofundar e compreender o sentido que cada indivíduo atribui às consequências percebidas, quer positivas quer negativas, pela possibilidade de serem uma barreira à perda de peso bem-sucedida e manterem as pessoas num estado que compromete o bem-estar a todos os níveis. A identificação dessas consequências é um ponto a favor para informar a intervenção, porém seria pertinente estudar a importância que o indivíduo atribui a cada uma delas. Pois, a pessoa poderá reconhecer várias consequências negativas da manutenção da obesidade e uma positiva apenas, mas considerar essa última

como a que tem mais valor e da qual será mais difícil abdicar. Essas informações adicionais poderão orientar melhor os psicólogos na elaboração de estratégias.

No presente estudo, a maioria dos participantes ($n=42$) mencionou como consequências negativas da manutenção da obesidade, experiências de estigmatização sejam elas em contexto social, profissional, procedente de familiares, do(a) parceiro(a), do(s) filho(s), essas podendo ter um impacto muito negativo segundo alguns participantes; por esse motivo seria pertinente como o sugeriu Lewis et al. (2011), um estudo que se debruçasse nos indivíduos que não relatam esses tipos de experiências para potencialmente identificar características comuns entre eles (e.g., suporte familiar existente, tipo de relações interpessoais, significado atribuído ao peso).

Sendo a literatura acerca do autoconceito escassa, recomenda-se mais estudos sobre esse tema para poder comparar os resultados já existentes. Uma vez que no presente estudo, ao descrever-se, muitos participantes focaram essencialmente na imagem corporal, sem abordar (ou pouco) outros aspetos (e.g., traços psicológicos), e na medida em que o autoconceito espontâneo positivo poderá revelar focos terapêuticos a serem aproveitados em contexto clínico; sugere-se nos futuros estudos, entrevistar os participantes sobre esse tema logo no início. No final da entrevista, poderia ser igualmente perguntado aos indivíduos de que forma esses traços positivos que escolheram para se descrever poderiam contribuir para uma perda de peso bem-sucedida.

Foram observados focos positivos que poderão tornar-se focos terapêutico em contexto clínico, no sentido de incrementar uma autoestima. Segundo os autores Jung e Jeong (2016), o cuidar de si para um indivíduo está associado à autoestima, e é essa variável que vai favorecer a mudança de comportamento. Vários estudos como o de Rojas, Brante, Miranda, & Pérez-Luco (2019) evidenciaram que a perda de peso leva a melhoria da autoestima, mas poderá ser importante em alguns casos que essa variável esteja trabalhada antecipadamente para contribuir para uma perda de peso bem-sucedida assim como a sua manutenção.

De acordo com Brosens (2009), os profissionais de saúde têm a missão de identificar as barreiras percebidas à perda de peso no intuito de auxiliar os indivíduos com obesidade na procura de soluções; os doentes são os principais atores, mas precisam de apoio neste processo.

Referências Bibliográficas

- Agra, G., de Medeiros, L. L. L., Pessoa, V. V. B., Justino Filho, J., Freire, M. E. M., & Formiga, N. S. (2017). Percepção de mulheres obesas em relação ao seu corpo Perception of obese women in relation of their body. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(3), 775.
- Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 153-160.
- Alexander, E., Selwyn, A., Calitz, C., Yach, D., & Wang, Y.C. (2016). *Obesity: causes and prevalences*. Amsterdam, Holland: Elsevier.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Araújo, M. C., Dias, J. M. D., Vasconcelos, K. S. S., Medeiros, A. P. P., Santos, C. M., Dias, R. C. (2014). Impacto das condições clínicas e funcionais na qualidade de vida de idosas com obesidade. *Fisioterapia e Pesquisa*. 21(04), 372-377.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 359-373.
- Bandura, A. (2004). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, United States: Freeman.
- Bankoff, A. D. P., de Arruda, M., Bispo, I. M. G. P., & Rodrigues, M. D. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis: história familiar, hábitos alimentares e sedentarismo em alunos de graduação de ambos os sexos. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, 5(2), 37-56.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Barros, L. M., Moreira, R. A. N., Frota, N. M., de Araújo, T. M., & Caetano, J. Á. (2015). Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(2), 312-21.
- Baumeister, R. F. (2004). Self-concept, self-esteem, and identity. In V. J. Derlenga, B. A. Winstead, & W. H. Jones (3ªEd.), *Personality: contemporary theory and research* (pp. 246-280). Cengage Learning.
- Becofsky, K. M., Sui, X., Lee, D. C., Wilcox, S., Zhang, J., & Blair, S. N. (2015). A prospective study of fitness, fatness, and depressive symptoms. *American journal of epidemiology*, 181(5), 311-320.

- Berkhout, B., Pigeyre, M., Dubus, M., Mouret, M., Camard, P., & Romon, M. (2015). Étude pilote: influence de la prise en charge de mères obèses sur leurs attitudes éducatives vis-à-vis des comportements obésogènes des enfants. Medical management of obesity in mothers influences their up-bringing practices regarding their children's eating habits. *Obésité*, 10(1), 21-27.
- Blaine, B. E., Rodman, J., Newman, J. M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being: A review and meta-analysis. *Journal of Health Psychol*, 12(1), 66–82.
- Bocchieri, L. E., Meana, M., & Fisher, B. L. (2002). Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obesity surgery*, 12(6), 781-788.
- Bracco, L. (2018). *Obésité: Au-delà de l'impasse*. Les Ulis, France: EDP sciences.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brilmann, M., Oliveira, M. S., Thiers, V. O. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. *Cad Saúde Coletiva*, 15(1), 39-54.
- Brosens, C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evid. actual. práct. ambul*, 12(3), 116-117.
- Bueno, J. M., Leal, F. S., Saquy, L. P., Santos, C. B., Ribeiro, R. P. (2011). Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. *Rev. Nutr*, 24(4), 575-584.
- Buffenstein, R., Karklin, A., & Driver, H. S. (2000). Beneficial physiological and performance responses to a month of restricted energy intake in healthy overweight women. *Physiology & behavior*, 68(4), 439-444.
- Calderón, B., Galdón, A., Calañas, A., Peromingo, R., Galindo, J., García-Moreno, F., ... & Botella-Carretero, J. I. (2014). Effects of bariatric surgery on male obesity-associated secondary hypogonadism: comparison of laparoscopic gastric bypass with restrictive procedures. *Obesity surgery*, 24(10), 1686-1692.
- Calvete, S. (2007). A relação entre alteração postural e lesões esportivas em crianças e adolescentes obesos, *Motriz*, 10(2), 67-72.
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 334-342). England: Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-384925-0.000547
- Castanon, N., Fourier, C., Sauvant, J., Aubert, A., Joffre, C., & Layé, S. (2016). Effet d'une diète enrichie en acides gras polyinsaturés n-3 et en antioxydants sur les altérations émo

- tionnelles et cognitives associées à l'obésité. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 30(3), 276.
- Centers for diseases control and prevention (2017a). *Overweight and obesity, defining adult overweight and obesity*. Retirado de <https://www.cdc.gov/obesity/adult/defining.html>
- Centers for diseases control and prevention (2017b). *Overweight and obesity, adult obesity causes and consequences*. Retirado de <https://www.cdc.gov/obesity/adult/causes.html>
- Chambouleyron, M., Reiner, M., Gaillard, S., Lagger, G., Moutet, A. L., & Golay, A. (2012). Éducation thérapeutique du patient obèse, une approche de la complexité. Obese patients education, an approach of complex interactions. *Obésité*, 7(3), 199-204.
- Chapman, G. E., Sellaeg, K., Levy-Milne, R., Ottem, A., Barr, S. I., Fierini, D., ... & Thiele, K. (2005). Canadian dietitians' approaches to counseling adult clients seeking weight-management advice. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(8), 1275-1279.
- Christiansen, B., Borge, L., & Solveig, M. (2012). Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7(1), 17255.
- Coco, G. L., Salerno, L., Bruno, V., Caltabiano, M. L., & Ricciardelli, L. A. (2014). Binge eating partially mediates the relationship between body image dissatisfaction and psychological distress in obese treatment seeking individuals. *Eating behaviors*, 15(1), 45-48.
- Costa, D., Pimenta, F., Maroco, J., Campos, J., & Leal, I. (2014). Perceived Negative Consequences of Obesity: a Qualitative Approach. In A. P. Costa, L. P. Reis, F. N. de Souza, & R. Luengo (Eds.). *Livro de Atas do "3o Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, Artigos de Saúde*, vol. II (pp. 340-345). Portugal: Ludome dia.
- Da Luz, F., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A. (2018). Obesity with comorbid eating disorders: associated health risks and treatment approaches. *Nutrients*, 10(7), 829.
- da Silva, N. G., Batista, J. R. M., Galdino, M. K. C., & de Barros, S. M. M. (2018). Suporte familiar e sintomatologia depressiva e ansiosa em mulheres com obesidade. *Interação em Psicologia*, 22(1), 21-30.
- De Leo, V., Musacchio, M. C., Cappelli, V., Massaro, M. G., Morgante, G., & Petraglia, F. (2016). Genetic, hormonal and metabolic aspects of PCOS: an update. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 14(1), 38.

- de Lima, A. C. R., & Oliveira, A. B. (2016). Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 24(1), 1-14.
- de Lima Santos, A., Pasquali, R., & Marcon, S. S. (2012). Feelings and living experiences of individuals taking part in a support group for control of obesity: an exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(1), 3-13.
- Dingemans, A. E., van Furth, E. F. (2012). Binge Eating Disorder Psychopathology in Normal Weight and Obese Individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 135-138.
- Direção Geral da Saúde (2005). *Programa nacional de combate à obesidade*. Retirado de <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2016). *A obesidade como doença crónica*. Retirado de <https://www.dgs.pt/doencas-cronicas/a-obesidade.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2018). *Alimentação saudável, desafios e estratégias 2018*. Retirado de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-984097-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Dos Santos, A. L., & da Silva, B. R. (2014). *Preconceito contra os obesos*. Niterói: UFF–Universidade Federal Fluminense.
- Du, H., King, R. B., & Chi, P. (2017). Self-esteem and subjective well-being revisited: The roles of personal, relational, and collective self-esteem. *PloS one*, 12(8), e0183958.
- Duvigneaud, N., Wijndaele, K., Deriemaeker, P., Philippaerts, R., Lefevre, J., Thomis, M., & Duquet, W. (2007). Socio-economic and lifestyle factors associated with overweight in Flemish adult men and women. *BMC Public Health*, 7(1), 23.
- Dymek, M. P., le Grange, D., Neven, K., & Alverdy, J. (2001). Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric report bypass: A brief report. *Obesity Surgery*, 11(1), 32-39.
- Efthymiou, V., Hyphantis, T., Karaivazoglou, K., Gourzis, P., Alexandrides, T. K., Kalfarentzos, F., & Assimakopoulos, K. (2015). The effect of bariatric surgery on patient HRQOL and sexual health during a 1-year postoperative period. *Obesity surgery*, 25(2), 310-318.
- Esfahani, S. B., & Pal, S. (2018). Obesity, mental health, and sexual dysfunction: A critical review. *Health Psychology Open*, 5(2), 2055102918786867.

- Every-Palmer, S., Huthwaite, M. A., Elmslie, J. L., Grant, E., & Romans, S. E. (2018). Long-term psychiatric inpatients' perspectives on weight gain, body satisfaction, diet and physical activity: a mixed methods study. *BMC psychiatry*, *18*(1), 300.
- Faure, C., Sermondade, N., Benammar, A., Cedrin-Durnerin, I., & Lévy, P. R. (2012). Fausses couches spontanées et obésité. *Diabète*, *7*(60), 209.
- Ferrante, J. M., Piasecki, A. K., Ohman-Strickland, P. A., & Crabtree, B. F. (2009). Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity*, *17*(9), 1710-1716.
- Ferreira, M. S. G., Bakos, D. S., & Habigzang, L. F. (2015). A influência das crenças de auto eficácia na manutenção do emagrecimento. *Aletheia*, *46*, 202-210.
- Ferreira-Hermosillo, A., Salame-Khoury, L., & Cuenca-Abruch, D. (2018). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *56*(4), 395-409.
- Fontaine, K. R., Barofsky, I., Andersen, R. E., Bartlett, S. J., Wiersema, L., Cheskin, L. J., & Franckowiak, S. C. (1999). Impact of weight loss on health-related quality of life. *Quality of Life Research*, *8*(3), 275-277.
- Frayling, T. M., Timpson, N. J., Weedon, M. N., Zeggini, E., Freathy, R. M., Lindgren, C. M., ... & Shields, B. (2007). A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. *Science*, *316*(5826), 889-894.
- Friedman, M. A., & Brownell, K. E. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, *117*(1), 3.
- Ghadie, S. M., Basmage, J. P. T., Neto, L. S., Souza, J. C., & Lucas, R. A. S. I. (2018). Prevalência do transtorno da compulsão alimentar periódica no pós-operatório de cirurgia bariátrica em obesos mórbidos. *Anais Do Enic*, *1*(10).
- Goffman E. (1963) *Stigma*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Golan, R., Schwarzfuchs, D., Stampfer, M. J., & Shai, I. (2009). Halo effect of a weight-loss trial on spouses: The Direct-Spouse study. *Public Health Nutrition*, *13*(4), 544-549.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Brody, M., Burke-Martindale, C. H., & Rothschild, B. S. (2005). Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, *37*(4), 347-351.

- Groven, K., & Engelsrud, G. (2010). Dilemmas in the process of weight reduction: Exploring how women experience training as a means of losing weight. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 5(2), 5125.
- Hager, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representation. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184.
- Hakala, P., Rissanen, A., Koskenvuo, M., Kaprio, J., & Rönnemaa, T. (1999). Environmental factors in the development of obesity in identical twins. *International Journal of Obesity*, 23(7), 746-753.
- Harter, S. (1999). The content, valence, and organization of self-evaluative judgments. In S. Harter (Ed.), *The Construct of the Self* (pp. 116-141). New York: The Guilford Press.
- Harter, S. (2008). The developing self. In W. Damon, R. M. Lerner, D. Kuhn, R. S. Siegler, & N. Eisenberg (Eds.), *Child and adolescent development: An advanced course* (pp. 216-255). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hayden, M. J., Dixon, M. E., Dixon, J. B., Playfair, J., & O'Brien, P. E. (2010). Perceived discrimination and stigmatisation against severely obese women: age and weight loss make a difference. *Obesity facts*, 3(1), 7-14.
- Hebl, M. R., & Xu, J. (2001). Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *International journal of obesity*, 25(8), 1246.
- Hossen, S., Monsaingeon-Henry, M., Mathias, F., & Gatta-Chérifi, B. (2016). Impact des traits psychologiques et comportementaux sur l'adhésion à une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 30(3), 273.
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=263714091&PUBLICACOE_Smodo=2
- Jiménez-López, J. L., Maldonado-Guzmán, M. E., Pastén, L. F. P., & Déciga-García, E. (2012). Motivos para bajar de peso; Por qué asistir a un programa de apoyo? *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(4), 407-412.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 122-133.
- Jung, M. J., & Jeong, Y. (2016). Motivation and self-management behavior of the Individuals with chronic low back pain. *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 330-337.

- Junior, A., Junior, J. A., Silva, C. S. D., Sousa, L. A., Carvalho, A. B., Silva, I. Z., & Pontes Jr, J. A. F. (2016). Auto-percepção do papel do profissional de educação física no combate à obesidade: um estudo piloto. *Motricidade, 12*, 30-41.
- Kaukua, J., Pekkarinen, T., Sane, T., & Mustajoki, P. (2003). Health-related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification - a 2-y follow-up study. *International journal of obesity, 27*(10), 1233.
- Kenney, E. L., Gortmaker, S. L., Davison, K. K., & Austin, S. B. (2015). The academic penalty for gaining weight: a longitudinal, change-in-change analysis of BMI and perceived academic ability in middle school students. *International journal of obesity, 39*(9), 1408-1413.
- Lerma, M., Sofía, N. P., Álvarez Gordillo, G. D. C., Nazar Beutelspacher, D. A., & Mondragón Ríos, R. (2016). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 24(47), 380-409.
- Levrini, G. R., & Papa, A. P. (2016). A Obesidade nas organizações: o preconceito não declarado. *Revista Organizações em Contexto, 12*(24), 165-191.
- Levy, B. R., & Pilver, C. E. (2012). Residual stigma: Psychological distress among the formerly overweight. *Social Science & Medicine, 75*(2), 297-299.
- Lewis, S., Thomas, S. L., Blood, R. W., Castle, D. J., Hyde, J., & Komesaroff, P. A. (2011). How do obese individual perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine, 73*(9), 1349-1356.
- Lewis, S., Thomas, S. L., Hyde, J., Castle, D., Blood, R. W., & Komesaroff, P. A. (2010). " I don't eat a hamburger and large chips every day!" A qualitative study of the impact of public health messages about obesity on obese adults. *BMC Public Health, 10*(1), 309.
- Lima, R. (2005). Obesidade: o mal do século. *Perspectivas, 4*(8), 86-99.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet, 367*, 528-29.
- Llewellyn, C., & Wardle, J. (2015). Behavioral susceptibility to obesity: gene environment interplay in the development of weight. *Physiology & Behavior, 152*, 494-501.
- Llewellyn, C. H., van Jaarsveld, C. H., Plomin, R., Fisher, A., & Wardle, J. (2012). Inherited behavioral susceptibility to adiposity in infancy: a multivariate genetic analysis of appe

- tite and weight in the Gemini birth cohort. *The American journal of clinical nutrition*, 95(3), 633-639.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão V, Guiomar S., ... & Magalhães, V. (2017), *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), 2015-2016: relatório de resultados*. Porto: Universidade do Porto.
- Macedo, T. T. S. D., Palmeira, C. S., Guimarães, A. C., Silva, M. D. L. L. D., & Ladeia, A. M. T. (2013). The meaning of obesity: the perception of obese patients. *Journal of Nursing UFPB On Line*, 7(spe), 7064-7073.
- Magallares, A., & Pais-Ribeiro, J. L. (2014). Mental health and obesity: A meta-analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 9(2), 295-308.
- Marques, M. M., & Teixeira, P. J. (2014). Modificação comportamental na Gestão do Peso: Da teoria à prática. *Revista Factores de Risco*, 34(9), 56-66.
- Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational psychologist*, 20(3), 107-123.
- Mayo Clinic (2019). *Obesity*. Retirado de <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/obesity/symptoms-causes/syc-20375742>
- McLean, N., Griffin, S., Toney, K., & Hardeman, W. (2003). Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: A systematic review of randomized trials. *International Journal of Obesity*, 27(9), 987–1005.
- McMahon N. E., Visram, S., & Connel, L. A. (2016). Mechanisms of change of a novel weight loss programme provided by a third sector organisation: a qualitative interview study. *BMC Public Health*, 16(1), 378.
- Megías, Á., González-Cutre, D., Beltrán-Carrillo, V. J., Gomis-Díaz, J. M., Cervelló, E., & Bartholomew, K. J. (2018). The impact of living with morbid obesity on psychological need frustration: A study with bariatric patients. *Stress and Health*, 34(4), 509-522.
- Mela, D. J. (2001). Determinants of food choice: relationships with obesity and weight control. *Obesity research*, 9(Suppl. 4), 249-255.
- Melo, W. V., Bergmann, C., Neufeld, C. B., Machado, P. P., & Conceição, E. (2014). A terapia cognitivo-comportamental ea cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 84-92.
- Ministério da Saúde Brasileiro (2018). *Obesidade e desnutrição*. Retirado a http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf

- Moraes, A. L., Almeida, E. C., & Souza, L. B. (2013). Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: Investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 23(2), 553-572.
- Mukherjee, U., Bhattacharya, B., Mukhopadhyay, S., & Poddar, S. (2017). A comparative study of psychosocial factors of obesity. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 3(2), 87.
- Nejmed-Dine, K., Rafi, S., El Mghari, G., & El Ansari, N. (2017). Obésité et vie sexuelle. *Annales d'Endocrinologie*, 78(4), 437.
- Oliveira, A. P. D. S. V., & da Silva, M. M. (2014). Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(1), 74-82.
- Oliveira, A. P. D. S. V., & Ribeiro, M. A. (2013). Fatores conjugais e familiares que dificultam a perda de peso em mulheres obesas. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 4(3), 65-74.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2.^a Ed.). Lisboa: Placebo Editora Lda.
- Pajecki, D., Santo, M. A., Kanagi, A. L., Riccioppo, D., de Cleve, R., & Cecconello, I. (2014). Functional assessment of older obese patients candidates for bariatric surgery. *Arquivos de Gastroenterologia*, 51(1), 25–28.
- Palmeira, C. S., Garrido, L. M. M., de Lourdes Lima, M., Guimarães, A. C., & Ladeia, A. M. T. (2016). Percepções acerca da condição de saúde de pessoas com obesidade. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(5), 724-731.
- Pan, H. J., Cole, B. M., & Geliebter, A. (2011). The benefits of body weight loss on health-related quality of life. *Journal of the chinese medical association*, 74(4), 169-175.
- Papadopoulos, S., & Brennan, L. (2015). Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity (Silver Spring)*, 23(9), 1743–1760.
- Pera, P. I., Ferrér, M. C. O., Juarez, M. N., Juarez, E. N., Soler, L. M., Matheu, C. L., ... & Marre, D. (2016). Obesity, knee osteoarthritis, and polypathology: factors favoring weight loss in older people. *Patient preference and adherence*, 10, 957-965
- Pinto, M. S., & Bosi, M. L. M. (2010). Muito mais do que pensam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20, 443-457.

- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity, 14*(10), 1802-1815.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity, 17*(5), 941-964.
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin, 133*(4), 557.
- Puhl, R. M., & Suh, Y. (2015a). Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. *Current Obesity Reports, 4*(2), 182–190.
- Puhl, R. M., & Suh, Y. (2015b). Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports, 17*(3), 1–10.
- Ratner, R., Sabal, J., Hernández, P., Romero, D., & Atalah, E. (2008). Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. *Revista médica de Chile, 136*(11), 1406-1414.
- Ribeiro, V. L. (2008). *Obesidade e função sexual*. Retirado de <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0407.pdf>>.
- Ríos-Martínez, B. P., & Rangel-Rodríguez, G. A. (2011). Self-perception in obese patients. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 49*(1), 23-28.
- Rito, A., Sousa, R. C. D., Mendes, S., & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Rives-Lange, C., Boudaoud, A. A., Czernichow, S., Bretault, M., Barsamian, C., Radu, A., ... & Carette, C. (2017). Chirurgie bariatrique et fertilité. Bariatric surgery and fertility. *Obésité, 12*(3), 206-209.
- Rocha, C., & Costa, E. (2012). Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise psicológica, 30*(4), 451-466.
- Rod, N. H., Grønbaek, M., Schnohr, P., Prescott, E., & Kristensen, T. S. (2009). Perceived stress as a risk factor for changes in health behaviour and cardiac risk profile: a longitudinal study. *Journal of internal medicine, 266*(5), 467-475.
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconceito en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista médica de Chile, 139*(5), 571-578.

- Rosas, R (2015). *The perceived consequences and self-concept of a successful weight loss: a qualitative study* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Instituto Superior em Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Rosas, R., Pimenta, F., Maroco, J., & Leal, I. (2017). Spontaneous self-concept in a successful weight loss-a pluralista qualitative study. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 1-18.
- Rosenbaum, S., Stubbs, B., Ward, P. B., Steel, Z., Lederman, O., & Vancampfort, D. (2015). The prevalence and risk of metabolic syndrome and its components among people with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism*, 64(8), 926-933.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ross, S. E., Flynn, J. I., & Pate, R. R. (2016). What is really causing the obesity epidemic? A review of reviews in children and adults. *Journal of sports sciences*, 34(12), 1148-1153.
- Santos, V. C. A., Eskinazi, P. R. V., Mesnard, E. S., & Mouchenik, Y. (2019). Obesidade: representações culturais do corpo obeso no Brasil e na França. *Educação em Foco*, 24(1), 421-442.
- Sarwer, D. B., Spitzer, J. C., Wadden, T. A., Mitchell, J. E., Lancaster, K., Courcoulas, A., ... & Christian, N. J. (2014). Changes in sexual functioning and sex hormone levels in women following bariatric surgery. *JAMA surgery*, 149(1), 26-33.
- Satia, J. A., Kristal, A. R., Curry, S., & Trudeau, E. (2001). Motivations for healthful dietary change. *Public Health Nutrition*, 4(5), 953-959.
- Shavelson, R. J., & Bolus, R. (1982). Self-concept: the interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74(1), 3-17.
- Schencman, P. (2013). The manager is sick: a sociological perspective on the links between obesity and work. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(2), 613-628.
- Schnabel, K., Asendorpf, J.B., & Greenwald, A.G. (2008). Assessment of individual differences in implicit cognition: a review of IAT measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 210-21.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body image*, 1(1), 43-56.

- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, J. E., & Browne, M. A. O. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of psychosomatic research*, 64(1), 97-105.
- Siervo, M., Montagnese, C., Muscariello, E., Evans, E., Stephan, B. C. M., Nasti, G. et al. (2014). Weight loss expectations and body dissatisfaction in young women attempting to lose weight. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(2), 84-89.
- Silva, S. M. B. D. (2015). *Sintomas de Ansiedade, Depressão, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida em Mulheres com Obesidade* (Dissertação de Mestrado em Medicina e saúde humana). Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador.
- Silva, V. L. M. (2001). Obesidade: o que nós, psicólogos, podemos fazer? In R. C. Wielenska (Ed), *Sobre comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos Vol VI* (pp. 265-70). Santo André (Brasil): Esetec Editores Associados.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2014). Psychological status, behaviour, quality of life of portuguese obesity surgery candidates Estado psicológico, alimentação, qualidade de vida de candidatos a cirurgia da obesidade. *Psicologia, Saude, & Doenças*, 15(3), 707-722.
- Sisto, F. F., Bartholomeu, D., Rueda, F. J. M., & Fernandes, D. C. (2004). Autoconceito e emoções. *Avaliação psicológica: Formas e contextos*, 10, 68-74.
- Sjöström, L. (2013). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial—a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of internal medicine*, 273(3), 219-234.
- Smith, E., Sweeting, H., & Wright, C. (2013). ‘Do I care?’ Young adults' recalled experiences of early adolescent overweight and obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 37(2), 303.
- Son, N. (2017). Assessment of body perception, psychological distress, and subjective quality of life among obese and nonobese subjects in Turkey. *Nigerian journal of clinical practice*, 20(1), 1302-1308.
- Souza, J. M. B., Castro, M. M., Maia, E. M. C., Ribeiro, A. N., Almondes, K. M., & Silva, N. G. (2005). Obesidade e tratamento: Desafio comportamental e social. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1), 59-67.

- Streeter, V. M., Milhausen, R. R., & Buchholz, A. C. (2012). Body image, body mass index, and body composition: In young adults. *Canadian journal of dietetic practice and research*, 73(2), 78-83.
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *The American journal of clinical nutrition*, 55(2), 524S-532S.
- Tamayo, A. (1981). EFA: Escala fatorial de autoconceito. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33(4), 87-102.
- Teixeira, F., Pais-Ribeiro, J. L., & Maia, Â. (2015). Uns desistem, outros insistem: semelhanças e diferenças no discurso de profissionais de saúde face à obesidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 137-147.
- Thomas, S., Karunaratne, A., Lewis, S., Castle, D., Knoesen, N., Honigman, R., ... & Komesaroff, P. (2010). 'Just bloody fat!': A qualitative study of body image, self-esteem and coping in obese adults. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(1), 39-49.
- Thomson, J. K., & Schaefer, L. (2018). Body image, obesity, and eating disorders. In K. D. Brownell, & B. T. Walsh (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (pp. 140-44). New-York: Guilford Publications.
- Torres, S. J., Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23, 887-894.
- Tronieri, J. S., Wurst, C. M., Pearl, R. L., & Allison, K. C. (2017). Sex differences in obesity and mental health. *Current psychiatry reports*, 19(6), 29.
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological psychiatry*, 84(5), 345-354.
- Vartanian, L. R., & Smyth, J. M. (2013). Primum non nocere: obesity stigma and public health. *Journal of bioethical inquiry*, 10(1), 49-57.
- Vaz-Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Vaz-Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 2(6), 101-110.
- Vaz-Serra, A. (1995). Inventário de resolução de problemas. *Provas psicológicas em Portugal*, 1, 165-179.
- Vieira, K. F. L., de Lucena, A. L. R., da Silva Barbosa, K. K., Freitas, F. F. Q., Costa, M. M. L., & da Silva Macena, J. (2015). Risk factors and obesity impacts on the obese elderly lives. *Journal of Nursing UFPE*, 9(1), 8-14.

- Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine*, *103*(6_Part_2), 1062-1067.
- Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International journal of obesity*, *28*(10), 1333.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England journal of medicine*, *337*(13), 869-873.
- Wiklund, M., Olsén, M. F., & Willén, C. (2011). Physical activity as viewed by adults with severe obesity, awaiting gastric bypass surgery. *Physiotherapy Research International*, *16*(3), 179-186.
- Wills, W., Backett-Milburn, K., Gregory, S., & Lawton, J. (2006). Young teenagers' perceptions of their own and others' bodies: a qualitative study of obese, overweight and 'normal' weight young people in Scotland. *Social science & medicine*, *62*(2), 396-406.
- World Health Organization (2018). *Obesity*. Retirado de <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yazdani, N., Sharif, F., Elahi, N., Hosseini, S. V., & Ebadi, A. (2019). Exploration of the Quality of Life in Iranian Morbid Obese People: A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *7*(2), 138.
- Zaragoza, A., Ortiz, R. (2012). Estado nutricional y nivel de actividad física según percepción de los estudiantes de la Universidad de Alicante. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, *18*(3), 149-153.

Anexos

Anexo 1: Revisão de Literatura

A etiologia da obesidade: uma doença multifatorial.

As revisões de literatura apontam que não existe consenso relativamente a etiologia da doença (Ross, Flynn, & Pate, 2016). FTO (Fat mass and obesity associated) foi o primeiro gene a ser identificado como sendo associado a obesidade (Frayling et al., 2007); os genes teriam uma influência no apetite e na saciedade (Llewellyn, van Jaarsveld, Plomin, Fisher, & Wardle, 2012). Os fatores genéticos desempenham um papel na gênese da obesidade, observa-se frequentemente pais e filhos com obesidade (Lima, 2005); porém, segundo Duvigneaud et al. (2007), a obesidade será sempre devido a um balanço energético positivo pois não houveram alterações genéticas suficientemente importantes para que a genética seja a causa única. Estudos com gêmeos idênticos foram realizados e demonstraram que outros tipos de fatores (e.g., ambiente) podiam dar origem a morfologias diferentes (Hakala, Rissanen, Koskenvuo, Kaprio, & Rönnemaa, 1999). Assim, ter um ou dois pais com obesidade aumenta o risco de desenvolver a doença, não só por causa da genética, mas também pelos padrões alimentares disfuncionais adquiridos em casa (Mayo Clinic, 2019); a obesidade é uma doença de origem multifatorial que resulta principalmente da interação entre predisposições genéticas e comportamentos inadequados sendo estes o sedentarismo e os maus hábitos alimentares (Llewellyn & Wardle, 2015).

O Ministério da saúde brasileiro (2018) aponta a prevalência crescente da obesidade nas categorias socioeconômicas mais desfavorecidas e explica que se deve a um grau de literacia alimentar menor, ao sedentarismo e a uma alimentação relativamente rica em gordura e açúcar; essas famílias poderão também não ter aprendido maneiras saudáveis de cozinhar como também não ter orçamento para aceder a uma alimentação mais saudável (Mayo Clinic, 2019).

Muitas crianças com obesidade tornam-se adultos com obesidade, pois a obesidade infantil é um fator de risco de desenvolvimento da obesidade na idade adulta (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997). Apesar de ter registrado um decréscimo encorajador entre 2008 e 2016 passando de 15,3% para 11,7%, a prevalência da obesidade nas crianças entre os 6 e 8 anos em Portugal, é junto com a Grécia, a Itália, a Espanha e Malta, uma das mais alta de Europa

(Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017). A DGS (2005) reforça que a taxa de obesidade em crianças e adolescentes é preocupante. Segundo Berkhout et al. (2015), os adultos têm um papel importante na educação nutricional dos seus filhos, os autores demonstraram que intervenções precoces direcionadas para as mães com obesidade em ambientes desfavorecidos surtem efeitos positivos contribuindo para a mudança de comportamento e a prevenção da obesidade infantil. O estudo realizado por Bankoff, de Arruda, Bispo, e Rodrigues (2017) com uma amostra aleatória de universitários, aponta a importância da educação nutricional, pois revelou que todos os participantes mantiveram os hábitos alimentares adquiridos em casa quando eram mais novos.

Estudos revelaram que muitos indivíduos com obesidade apresentavam distorções da imagem corporal (Friedman & Brownell, 1995; Grilo, Masheb, Brody, Burke-Martindale, & Rothshild, 2005). Enquanto que os indivíduos com peso normal tendem a sobrestimar o seu peso, os indivíduos com excesso de peso e com obesidade tendem a subestimar o deles (Zaragoza & Ortiz, 2012); tem como consequências comportamentos alimentares inapropriados assim como uma desvalorização da doença acabando por prejudicar a adesão ao tratamento para perda de peso (Ratner, Sabal, Hernández, Romero, & Atalah, 2008).

Mayo Clinic (2019) evidencia outros fatores de riscos que poderão contribuir para o desenvolvimento e a manutenção da obesidade: ter artrite quando associado a uma diminuição da atividade física, a tomada de um certo tipo de medicação (alguns antidepressivos, anticonvulsivos, antipsicóticos, esteroides, betabloqueadores e medicamentos para tratar a diabetes), a cessação tabágica, alterações na qualidade do sono (não dormir o suficiente ou em excesso), a gravidez e o envelhecimento.

No estudo qualitativo de Pinto e Bosi (2010), as participantes (8 mulheres com obesidade, com idade média de 44 anos) identificaram como causas principais que levaram ao ganho de peso: o consumo de medicamentos, a alimentação inadequada, as emoções negativas e os acontecimentos de vida. Na investigação de Lerma et al. (2016), a amostra composta por 48 indivíduos com obesidade mencionou como causas: o consumo de alimentos sem ter fome devido a emoções negativas (41,4%), os hábitos alimentares inadaptados (41%), o sedentarismo (17%), o consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcar em eventos sociais (2,1%). Independentemente de corresponder a realidade ou não, Lerma e colegas acreditam na importância de identificar as causas percebidas do ganho de peso nos indivíduos, pois poderá prever a eficácia de uma intervenção para a perda de peso e levar ou não a uma mudança do estilo de

vida; de facto, é fundamental perceber se o indivíduo atribui ou não o ganho de peso ao seu próprio comportamento; pois se ele considerar que é devido a outros tipos de fatores (e.g., ter filhos, uso de medicamento como os contraceptivos, razões genéticas) irá reduzir até comprometer a eficácia de uma intervenção.

Consequências da obesidade.

Em Portugal, estima-se que a obesidade é responsável por 5 a 10% dos custos de saúde (DGS, 2018). A obesidade tem um peso muito significativo na economia dos Estados-Unidos, pois segundo os dados da CDC (2017b), em 2008, o custo médico anual estimado da doença totalizava 147 bilhões de dólares; existem custos diretos (e.g., prevenção, diagnósticos, tratamentos relacionados com a doença) e custos indiretos (e.g., os funcionários faltam o trabalho por motivos relacionados com à doença e são menos produtivos).

Estima-se que um indivíduo com obesidade perde entre 8 a 10 anos de vida (Ferreira-Hermosillo et al., 2018), a doença afeta negativamente a qualidade de vida no dia a dia (Scott, McGee, Wells, & Browne, 2008), e quanto maior o grau de obesidade pior esse impacto (Brilmann, Oliveira, & Thiers, 2007). O estudo de Silva et al. (2014) realizado com uma amostra de 198 candidatos a cirurgia bariátrica (IMC entre os 35.47 e os 80.65) revelou níveis significativamente mais baixos de qualidade de vida em comparação com os níveis observados na população geral. A qualidade de vida foi medida com a escala MOS SF36 avaliando os domínios seguintes: função física, desempenho físico, saúde mental, função social, desempenho emocional, saúde geral, vitalidade e dor corporal. A qualidade de vida percecionada nas mulheres é inferior à dos homens nos domínios: saúde mental, social, saúde em geral, vitalidade e dor corporal. Por outro lado, estudos evidenciaram ganhos na qualidade de vida nos indivíduos com obesidade após uma perda de peso bem-sucedida (Kaukua, Pekkarinen, Sane, & Mustajoki, 2003; Pan, Cole, & Geliebter, 2011). O estudo de Fontaine et colegas (1999) apontou que uma perda de peso um pouco acima dos 8kg consecutiva a participação a um programa para esse efeito, foi associada a melhorias na mobilidade, na vitalidade, na saúde física global e mental; segundo os autores, deve-se a um aumento da energia percebida e a uma capacidade maior para desempenhar as atividades do dia a dia.

A obesidade impacta também negativamente a saúde sexual, Sarwer et colaboradores (2014) demonstraram que os níveis de hormonas sexuais em mulheres ficam alterados depois de uma cirurgia bariátrica; pois a redução significativa do IMC acompanha a melhoria da função sexual (Efthymiou et al., 2015). A investigação também identificou uma associação inversa entre os impactos psicológicos da obesidade quando existem (sobretudo a depressão, a ansiedade, o stress, a autoestima baixa e a imagem corporal negativa) e o funcionamento sexual (Esfahani & Pal, 2018). Estudos demonstram que a insatisfação com a imagem corporal nos indivíduos com obesidade afeta a qualidade de vida sexual, pois existe uma diminuição do desejo e do prazer sexual e favorece o comportamento de evitamento das relações sexuais (Bracco, 2018).

Obesidade e aspetos psicológicos: causa ou consequência?

Segundo o DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2014), o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) pode ser um fator de risco no desenvolvimento da obesidade (Ghadie, Basmage, Neto, Souza, & Lucas, 2018); pertence ao grupo dos transtornos alimentares, corresponde a “uma ingestão de grandes quantidades de comida sem comportamento purgativo associado”; entre os indivíduos com obesidade existe um subgrupo que sofre deste distúrbio. Um estudo realizado por Udo e Grilo (2018) mostrou que os participantes com algum historial de TCA tiveram maior probabilidade de tornar-se obesos em comparação com os que nunca tiveram nenhum transtorno alimentar; embora os transtornos alimentares possam também ser decorrentes da obesidade (Da Luz, Hay, Touyz, & Sainsbury, 2018). Por outro lado, para indivíduos com obesidade e com TCA, existe uma maior probabilidade em apresentar outras patologias psiquiátricas (Dingemans & Van Furth, 2012).

A obesidade afeta de forma significativa grupos de pessoas com alguma especificidade nomeadamente os indivíduos com doença mental grave (e.g. esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno depressivo maior; Every-Palmer et al., 2018). Por outro lado, a obesidade tem sido associada ao desenvolvimento de doenças neuropsiquiátricas existindo uma forte incidência de depressão, ansiedade e problemas cognitivos nos indivíduos com obesidade (Becofsky et al., 2015; Castanon et al., 2016; Son, 2017) e afeta tanto a saúde mental dos homens como das mulheres embora as mulheres com obesidade reportem mais dificuldades (Magallares & Pais-Ribeiro, 2014; Tronieri, Wurst, Pearl, & Allison, 2017).

Uma meta análise de 9 estudos apontou a elevada prevalência de obesidade abdominal nos indivíduos com distúrbio de stress pós-traumático, sugerindo uma associação entre o stress e o excesso de peso (Rosenbaum et al., 2015). Segundo Rod, Gronbaek, Schnohr, Prescott, e Kristensen (2009), existe uma associação entre elevados níveis de stress percebidos e variáveis relacionadas com estilos de vida não saudáveis nomeadamente o sedentarismo; além de favorecer o consumo de alimentos a teor calórico elevado (Torres & Nowson, 2007).

Obesidade, estigmatização, internalização do estigma.

Os indivíduos com obesidade e especialmente as mulheres sofrem por não ter um corpo em adequação com os padrões da beleza, o ideal de magreza é uma pressão social constante, pode provocar emoções negativas nos indivíduos e levar ao descontrolo, acabando por procurar alívio nas péssimas opções alimentares (Oliveira & da Silva, 2014). A sociedade não percebe a obesidade como uma doença (Dos Santos & da Silva, 2014). Entre os adjetivos citados por adultos e crianças para descrever as pessoas com excesso de peso houve as palavras “preguiçoso”, “sujo”, “feio”, “traidor” e “estúpido”, revelando assim a existência de preconceitos negativos (Puhl & Heuer, 2009; Puhl & Latner, 2007). No estudo de Smith, Sweeting, e Wright (2013), é elevada a proporção de adultos com obesidade que relataram episódios de assédio verbal na sua infância. A investigação de Levrini e Papa (2016) realizada com 231 indivíduos com obesidade evidenciou percepções de discriminação no trabalho, de tratamento desigual entre os funcionários.

A estigmatização do peso existe em vários contextos: escola, trabalho, cuidados de saúde, procedente de vários atores: até os próprios indivíduos com obesidade, amigos e familiares (Levy & Pilver, 2012). Estudos qualitativos confirmam que existem preconceitos e comportamentos negativos no âmbito da própria família (Puhl & Heuer, 2009; Puhl & Latner, 2007), são culpados por serem obesos, por não terem força de vontade suficiente; alguns acabam por internalizar o estigma e se isolar (Levrini & Papa, 2016; Wadden & Stunkard, 1985); comer acaba por ser a única forma de ter prazer; torna-se um ciclo vicioso (de Lima & Oliveira, 2016). No estudo qualitativo de Moraes, Almeida, e Sousa (2013) realizado com uma amostra 68 indivíduos com obesidade e depressão, tinha como objetivo investigar os fatores de manutenção percebidos da doença; entre eles foi identificado o ambiente familiar.

Os profissionais de saúde também têm atitudes negativas; acreditam que os indivíduos com obesidade são pessoas preguiçosas, e com pouca vontade (Puhl & Heuer, 2009). Estudos revelam que alguns médicos culpam diretamente esses pacientes por não demonstrar muita motivação em perder peso (Ferrante, Piasecki, Ohman-Strickland, & Crabtree, 2009); quanto mais elevado o peso, menos interesse eles têm e avaliam suas intervenções como uma perda de tempo (Hebl & Xu, 2001). O estudo qualitativo de Teixeira, Pais-Ribeiro, e Maia (2015) confirmou as baixas expectativas de sucesso dos médicos de família, e indica que tal atitude concorre indiretamente para a manutenção da elevada prevalência da obesidade; revelou-se igualmente que os nutricionistas percebem dificuldades em promover uma mudança comportamental nesses indivíduos; dificuldades que segundo Chapman e colaboradores (2005) poderão encontrar sua justificativa numa falta de conhecimento relativamente às estratégias motivacionais, igualmente na falta de psicólogos que poderiam auxiliar nesse aspecto e também na gestão das perturbações alimentares, de humor e de ansiedade.

No estudo qualitativo de Lewis et al. (2010) foram comparados as crenças e os comportamentos de saúde numa amostra de 142 indivíduos com obesidade, 2 grupos foram constituídos: o grupo 1 (constituído por participantes com IMC entre os 30 e 39,9) e o grupo 2 (com IMC acima dos 40). Os participantes do grupo 1 não se percebiam como indivíduos com obesidade e estigmatizavam os que tinham um IMC superior ao deles; as tentativas de perda de peso eram motivadas por pressões sociais, mas esse grupo não achava urgente mudar os seus comportamentos uma vez que no global, não percecionava riscos a nível da sua saúde. Pelo contrário, os indivíduos do grupo 2 consideravam urgente perder peso, porém, não se sentiam capazes de cumprir esse objetivo. Outros estudos revelam realidades diferentes como por exemplo no estudo de Wang, Brownell, & Wadden (2004), pois participantes com características idênticas ao grupo 1 do estudo de Lewis et al. (i.e., com IMC entre os 30 e 39,9) sofriam com a sua condição e internalizam o estigma da sociedade.

Existe uma associação entre a internalização do estigma da obesidade e o desenvolvimento de perturbações alimentares (Puhl & Suh, 2015b).

Obesidade e autoconceito.

O ICAC (Inventário Clínico do Autoconceito) é um instrumento aferido para a população portuguesa da autoria de Vaz-Serra (1986), avalia o autoconceito nas suas dimensões sociais e emocionais; trata-se de uma escala subjetiva que avalia 4 domínios: a aceitação-rejeição social, a autoeficácia, a maturidade psicológica e a impulsividade-atividade; e que atribui também um score global. O estudo de Silva et al. (2014) realizado com uma amostra de 198 candidatos à cirurgia bariátrica com IMC compreendidos entre os 35.47 e os 80.65 utilizou o ICAC para medir o autoconceito nessa população. Revelou-se um autoconceito nos 4 domínios específicos e no global em média significativamente mais baixo quando comparado com os níveis observado na população geral em ambos os sexos e particularmente nos mais novos (faixa etária dos 15-19 anos e dos 20-29 anos). Os resultados do estudo de Rocha e Costa (2012) realizado em condições similares (amostra de indivíduos com obesidade mórbida candidatos a cirurgia bariátrica, e recurso ao ICAC) surpreenderam os autores, indicando que não existiam correlações negativas significativas entre o IMC e o autoconceito.

Segundo Vaz-Serra (1988), a autoestima é um dos componentes mais importantes do autoconceito, e deve ser tomado em consideração na prática clínica; as pessoas com autoestima positiva tendem a considerar que os seus sucessos são decorrentes de fatores internos (e.g., do seu esforço, das suas aptidões) e os seus fracassos de fatores externos (e.g., o acaso), eles adotam estratégias para melhorar o seu desempenho no futuro; enquanto que quando têm sucesso, os indivíduos com autoestima baixa tendem a considerar que é consecutivo a fatores externos (e.g., sorte) e quando falham, sentem-se plenamente responsáveis e acreditam que prova a sua incompetência (Vaz-Serra, 1995).

Existe uma associação entre a obesidade e a insatisfação com a imagem corporal, apesar de não impactar todos os indivíduos com essa patologia; entre os fatores de riscos foram identificados o sexo (i.e., feminino) e a presença de distúrbios de compulsão alimentar; salienta-se que o autoconceito dos indivíduos que internalizam o estigma da obesidade sofre prejuízo (Schwartz & Brownell, 2004). Apesar de alguns estudos mencionarem que nem todos os indivíduos com obesidade estão insatisfeitos com a sua imagem corporal (Stunkard & Wadden, 1992); como a imagem corporal impacta a autoestima, torna-se relevante a investigação do autoconceito nos indivíduos com obesidade (Rosas, 2015). O autoconceito impacta a saúde mental dos indivíduos, pode ser tanto um fator de risco como de proteção (Bandura, 1986); é

influenciado pelos outros, mas trata-se essencialmente de uma decisão do indivíduo e consequentemente torna o construto imprevisível (Marsh & Shavelson, 1985).

No estudo de Rojas et al. (2011), 20 indivíduos com obesidade foram avaliados antes e depois de uma cirurgia bariátrica, foi observado alterações positivas no autoconceito, com uma importante melhoria na autoestima e no bem-estar global após o emagrecimento decorrente da operação; os participantes apresentaram igualmente uma satisfação com a imagem corporal maior, sentiam-se mais atraentes, com mais agilidade, mais aceitos, com maior autoconfiança e menos culpados; outros estudos apresentaram conclusões similares (Almeida, Zanatta, & Rezende, 2012; Dymek, Le Grange, Neven, & Alverdy, 2001; Melo, Bergmann, Neufeld, Machado, & Conceição, 2014). Blaine, Rodman, e Newman (2007) realizaram uma meta análise de 117 intervenções para a perda de peso, verificou-se uma correlação positiva entre a perda de peso e a autoestima, não foi comprovado o mesmo com os níveis de depressão, pois concluíram que as melhorias observadas nessa variável não eram associadas a perda de peso.

Em estudos que compararam a satisfação corporal de indivíduos com obesidade e indivíduos com peso normal, foi evidenciado que os primeiros apresentam uma insatisfação maior (Siervo et al., 2014; Streeter, Milhausen, & Buchholz, 2012). O motivador maior para perder peso nas mulheres é melhorar a imagem corporal enquanto que para os homens é melhorar o estado de saúde (Satia, Kristal, Curry, & Trudeau, 2001). O estudo de Christiansen et al. (2012) realizado com 7 mulheres e 4 homens revela diferenças entre os gêneros em relação as consequências sociais da obesidade, isto é, evidenciaram um impacto maior nas mulheres (e.g., baixa autoestima, imagem corporal negativa, dificuldades nos relacionamentos).

Intervenções para a perda de peso.

Alguns estudos referem que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) que combina aconselhamento nutricional e exercício físico com mudança de comportamento, tem sido eficaz no tratamento da doença em pessoas motivadas para emagrecer (Ferreira, Bakos, & Habi-gzang, 2015). A cirurgia bariátrica é um método eficaz para tratar a obesidade mórbida (Efthymiou et al., 2015), diminui a mortalidade e a prevalência de doenças associadas (Sjöström, 2013); observa-se uma mudança significativa na qualidade de vida dos indivíduos, no entanto é essencial que haja uma mudança comportamental do estilo de vida para uma manutenção dos benefícios

(Barros, Moreira, Frota, de Araújo, & Caetano, 2015), também constatou-se a importância de avaliar o estado psicológico dos pacientes após a operação, de facto poderá agravar ou até mesmo desencadear um TCA (Transtorno de Compulsão Alimentar) (Ghadie et al., 2018); Silva et al. (2014) apontam que uma alimentação saudável e o bem-estar psicológico são fatores protetores que contribuem para o sucesso no pós-operatório.

A teoria da autoeficácia, uma das teorias mais conhecida na área da mudança comportamental em saúde reconhece como prevalente a autoeficácia dos indivíduos, isto é, a crença que o indivíduo tem acerca da sua capacidade para cumprir com sucesso um determinado comportamento (Bandura, 2004). Silva et colegas (2014) recomendam considerar a autoeficácia dos indivíduos no âmbito da intervenção para perda de peso.

Por outro lado, a motivação é necessária para que haja uma mudança comportamental (Lerma et al., 2016), os autores acreditam na importância de avaliar o nível dessa motivação para a perda de peso nos indivíduos, pois um aconselhamento nutricional terá um impacto diferente conforme o indivíduo se encontre de acordo com o modelo transteórico de Prochaska (1979) no estágio da contemplação, preparação ou ação; de facto, no seu estudo, os participantes que se encontravam no estágio da contemplação tinham um consumo de alimentos proibidos significativamente superior aos que já se encontravam no estágio da ação (40% vs 15%).

Segundo de Lima e Oliveira (2016), os aspetos psicológicos desempenham um papel no desenvolvimento e na manutenção da obesidade, por este motivo devem ser considerados na elaboração dos programas para a perda de peso. No estudo de Hossen, Monsaingeon-Henry, Mathias, e Gatta-Chérifi (2016), foi avaliado o nível de depressão em pacientes com obesidade antes do início de uma intervenção para a perda de peso, quase metade que abandonaram o programa antes de um ano tinham scores elevados. O estudo sugere que pacientes com depressão deviam beneficiar de um suporte psicológico aprimorado para melhorar a adesão ao tratamento da doença. Por outro lado, segundo Palmeira et al. (2016), uma autoestima baixa pode ser um entrave à adesão ao tratamento para perda de peso.

Anexo 2: Investigação WELCOM do WRJC (Artigos Publicados, Dissertações de Mestrado, Comunicação Oral)

- Costa, D., Pimenta, F., Maroco, J., Campos, J., & Leal, I. (2014). Perceived Negative Consequences of Obesity: a Qualitative Approach. In A. P. Costa, L. P. Reis, F. N. de Souza, & R. Luengo (Eds.). *Livro de Atas do “3o Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, Artigos de Saúde*, vol. II (pp. 340-345). Portugal: Ludome dia.
- Damião, C. (2018). *Pensar sobre o processo de perda de peso: das consequências ao autoconceito* (Tese de Mestrado, não publicada, ISPA-IU, Lisboa). Retirado a <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6852/1/22798.pdf>
- Damião, C., Pimenta, F., & Leal, I. (2018). Consequências Positivas e Negativas de uma Perda de Peso Bem-Sucedida. In *Atas 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa, ISPA-IU, 1º Volume* (pp. 191).
- Horta, A. C. D. C. M. (2017). Fatores de início e manutenção da obesidade/excesso de peso: uma comparação entre adultos com binge eating e sem binge eating (Tese de Mestrado, não publicada, ISPA-PU, Lisboa). Retirado a <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5807/1/24384.pdf>
- Horta, C. M., Pimenta, F., Leal, I., & Maroco, J. (2018). Fatores de início e manutenção da obesidade/excesso de peso: uma comparação entre adultos com binge eating e sem binge eating. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(69), 3-17.
- Rosas, R.A.F. (2015). *The perceived consequences and self-concept of a successful weight loss – a qualitative study* (Tese de Mestrado, não publicada, ISPA-PU, Lisboa). Retirado a <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4531/1/19852.pdf>
- Rosas, R., Pimenta, F., Maroco, J., & Leal, I. (2017a). Perceived consequences of a successful weight loss: A pluralist qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 1-13. doi: 10.1177/1359105316685901
- Rosas, R., Pimenta, F., Maroco, J., & Leal, I. (2017b). Spontaneous self-concept in a successful weight loss - a pluralist qualitative study. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 1-18. doi: 10.15309/17psd180101

Anexo 3: Output Extraídos SPSS

Tabela 5. SPSS - Caracterização da Amostra - Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	33	71,7	71,7	71,7
	Masculino	13	28,3	28,3	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Tabela 6. SPSS - Caracterização da Amostra - Idade

N	Valid	45
	Missing	1
Mean		45,49
Std. Deviation		11,914
Minimum		25
Maximum		70

Tabela 7. SPSS - Caracterização da Amostra - IMC

N	Valid	46
	Missing	0
Mean		39,2657
Std. Deviation		5,55450
Minimum		30,02
Maximum		50,64

Tabela 8. SPSS - Caracterização da Amostra - Relação Afetiva e/ou Sexual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	10	21,7	22,7	22,7
	Sim	34	73,9	77,3	100,0
	Total	44	95,7	100,0	
Missing	System	2	4,3		
Total		46	100,0		

Anexo 4: Questionário de Triagem

- 1 - Qual a sua idade: _____ anos
- 2 - Qual o seu peso actual: _____ kg
- 3 - Qual a sua altura: _____ m
- 4 - Há quanto tempo (meses/anos) tem este peso?: _____

Anexo 5: Consentimento Informado

A presente investigação, efetuado na especialidade de Psicologia da Saúde, da responsabilidade da Prof. Doutora Filipa Pimenta (ISPA – Instituto Universitário), e com a orientação da Prof. Doutora Isabel Leal (ISPA – Instituto Universitário) e coorientação da Prof. Doutora Jane Wardle (University College London), é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (referência SFRH/BPD/77799/2011).

Esta investigação estuda os fatores associados à manutenção de um peso excessivo e explora igualmente processos associados à perda de peso bem-sucedida.

Neste momento, convido-o(a) a participar nesta fase da investigação através do preenchimento das questões que encontrará nas páginas seguintes e da participação numa entrevista sobre a experiência e história pessoais com o seu peso.

Esta investigação tem igualmente o objetivo, numa segunda fase, de ajudar os participantes com excesso de peso a diminuírem o seu peso, de uma forma apoiada, através de uma intervenção psicológica.

Algumas pessoas poderão ser convidadas a participar nesta segunda fase, convite esse que poderão rejeitar, se assim o desejarem, sem que isso tenha quaisquer consequências. Se quiser participar na segunda fase, deverá preencher também a última folha.

A sua participação é de elevada importância para que possamos conhecer de uma forma mais objetiva e abrangente **como é que as mulheres e os homens portugueses vivem a obesidade e o excesso de peso, e conseguem, nos casos de sucesso, diminuir o peso corporal excessivo.** Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente **confidenciais.** Assegura-se ainda que a sua participação (ou recusa em participar) em nada interfere com o seu acompanhamento multidisciplinar, no caso de estar a ser contactado em contexto hospitalar/clínico. Esclarece-se ainda que poderá ter acesso aos resultados do estudo contactando a investigadora responsável por e-mail.

Muito obrigada pela sua participação.

A investigadora responsável, Filipa Pimenta, PhD Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde ISPA - Instituto Universitário Rua Jardim do tabaco, 34 1149-041 Lisboa Tel.: 218 811 700 e-mail: filipa_pimenta@ispa.pt

Se aceita participar, por favor rubrique esta página e a seguinte e, de seguida, retire para si a primeira página (são ambas iguais e a primeira página é para si).

Data: ____/____/____

(Rubrica da participante)

Anexo 6: Autorização para a Gravação da Entrevista

Autorização para a gravação da Entrevista

Declaro que dei autorização para os investigadores fazerem a gravação áudio desta entrevista, sabendo que todos os meus dados são confidenciais e que nenhuma identificação pessoal será associada aos conteúdos ou revelada.

(Rúbrica)

Anexo 7: Questionário Sociodemográfico e de Saúde

Questionário sociodemográfico

- a) Idade: _____.
- b) Raça: caucasiana (branca)___ negra___ asiática___outra_____.
- c) Estado civil: casado(a)___divorciado(a)___separado(a)___solteiro(a)___união de facto___viúvo(a)_____.
- d) Tem atualmente uma relação afetiva e/ou sexual: Sim___ Não___.
- e) N.º de filhos que tem: _____.
- f) Situação profissional: ativo(a)___reformado(a)___desempregado(a)___outra_____
- i. Que profissão exerce/exerceu? _____.
- g) Habilitações literárias: 4 anos de escolaridade ou menos___6 anos de escolaridade___9 anos de escolaridade___12 anos de escolaridade___Bacharelato (3 anos/faculdade) ___Licenciatura (4 ou 5 anos/faculdade) ___Outro _____.
- h) Rendimento total anual bruto do agregado familiar: até 10.000€ __de 10.001 a 20.000€ __de 20.001 a 37.500€ __de 37.501 a 70.000€ __superior a 70.000€ __.

Questionário de saúde

A – Menopausa (só para mulheres)

1. Tem ciclos menstruais regulares, com a menstruação a acontecer todos os meses? Sim___ Não___.
2. Nos últimos 12 meses teve alterações no seu ciclo menstrual (a duração dos ciclos alterou-se significativamente ou passou 2 ou mais meses sem ter o período)? Sim___Não___.
3. Já esteve 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação? Sim___ Não___.
4. Que idade tinha quando teve a sua última menstruação? _____anos.

B – Saúde geral e Peso

5. Teve recentemente alguma(s) doença(s)? Sim___Não___.
- i. Se sim, qual(uais)? _____.
6. Teve recentemente algum problema psicológico? Sim___Não___.
7. Qual o seu peso atual? _____kg.
8. E a sua altura? _____m.
9. Qual foi o peso mais alto que teve em toda a vida adulta (excluindo gravidez)? _____kg.

- i. Quando (em que ano) teve este peso (mais alto)? _____.
- ii. Durante quanto tempo manteve este peso (mais alto)? _____ meses.

10. Qual o peso mais baixo que teve em toda a vida adulta? _____ kg.

- i. Quando (em que ano) teve este peso (mais baixo)? _____.
- ii. Durante quanto tempo manteve este peso (mais baixo)? _____ meses.

11. Desde quando começou a ter peso a mais?

desde criança___desde a adolescência___desde o início da idade adulta___desde a menopausa___outro (explique, por favor): _____.

12. Quantas tentativas fez para emagrecer na sua vida:

- i. que tenham resultado numa perda de peso: _____.
- ii. que não tenham resultado numa perda de peso: _____.

C – Consumo de tabaco, álcool e café

13. É fumadora? Sim, sou fumadora___ Não, sou ex-fumadora___ Não, nunca fumei___.

- i. (Caso seja fumadora) Fuma todos os dias? Sim___Não___.
- ii. (Caso seja fumadora) Quantos cigarros fuma: por dia___ou por mês___?

14. Consome bebidas alcoólicas? Sim___ Não___

- i. Se sim, com que regularidade: diariamente___ todos os fins-de-semana___ raramente___
- ii. Se sim, em que quantidades: até ficar embriagado(a)___ moderadamente___ menos de um copo por cada ocasião___.

15. Costuma tomar café? Sim___ Não___

- i. Se sim, quantos cafés costuma tomar? Mais de 5 cafés por dia___ Entre 4 e 3 cafés por dia___ Entre 2 e 1 café por dia___ Só tomo café ocasionalmente___.

D – Exercício físico e peso

16. Pratica algum tipo de exercício físico (ir ao ginásio, caminhadas, etc.)? Sim___ Não___.

- ii. Se sim, quantas vezes por semana? _____
- iii. Se sim, durante quanto tempo (horas ou minutos) exercita? _____

Anexo 8: Parecer da Comissão da Ética

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

Presidente:
Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente:
Prof.ª Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)

Membros:
Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)
Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)
Dra. Elina Pedro (CHLN)
Pedro Fernando Sampaio (CHLN)
Dra. Gráça Nogueira (CHLN)
Mestre Eng.ª Isabel Córte-Real (CHLN)
Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)
Prof. Doutor António Barbosa (FML)
Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)
Prof. Doutor João Lavínia (FML)
Prof. Doutor Manuel Vilaverde Cabral (FML)
Prof. Doutor José Sareta Moura (FML)
Prof.ª Doutora Maria De Cêu Ruela (FML)

Exma. Senhora
Prof.ª Doutora Filipa Pimenta
Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde
ISPA - Instituto Universitário
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 LISBOA

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2013

Assunto: Projecto de Investigação "Weight loss during midlife: factors and processes associated with successful weight loss and obesity, and the efficacy of a community-based intervention for weight loss, healthy nutrition and exercise with middle-aged women"

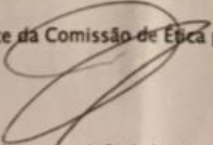
Relator - Dr. Mário Miguel Rosa

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião em 7 de Dezembro de 2011, parecer favorável da Comissão de Ética, tendo ficado aguardar confirmação da anuência da Directora do Serviço envolvido, actualmente sancionada.

Mais se informa que o referido estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


Prof. Doutor João Lobo Antunes

COMISSÃO DE ÉTICA CHLN/FML
Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes
Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2

Anexo 9: Resumo V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, 2019

Hélène Lopes (helene.lopes@gmail.com)¹, Filipa Pimenta (filipa_pimenta@ispa.pt)^{1,2}, & Isabel Leal (ileal@ispa.pt)^{1,2}

¹ISPA – Instituto Universitário; ²William James Center for Research

**CONSEQUÊNCIAS PERCEBIDAS DA MANUTENÇÃO DA OBESIDADE
EM ADULTOS COM ESTA PATOLOGIA:
RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO QUALITATIVO**

Introdução: Segundo o Inquérito Nacional de Saúde, em 2014, a prevalência da obesidade nos adultos era igual a 16,2% em Portugal Continental, 18,5% na Madeira, e 22,1% nos Açores. A investigação a nível qualitativo, na área da obesidade, é ainda escassa. Assim, o objetivo do presente estudo é explorar as consequências percebidas da obesidade em adultos com esta patologia (resultados preliminares de uma investigação em curso). **Método:** A amostra é constituída por 6 mulheres e 4 homens; a idade média é de 42,67 ($DP=13,77$) e o IMC médio é de 38,56 ($DP=4,32$). Foram realizadas entrevistas individuais; de seguida foram transcritas e codificadas de acordo com duas técnicas: a Análise de Conteúdo e a Análise Temática. **Resultados:** As consequências negativas mais citadas foram a dificuldade na mobilidade (número de menções, $NM=9$), estigmatização/discriminação a nível social ($NM=8$), e conflitos envolvendo os familiares acerca do controlo de dieta ($NM=7$). Alguns participantes identificaram consequências positivas, nomeadamente a manutenção de uma dieta rica em gordura e açúcar ($NM=2$), e serem alvo de exigências menores a nível académico ($NM=4$). **Discussão:** A identificação das consequências positivas, quando existem, é fundamental no contexto da intervenção pois poderão constituir barreiras à perda de peso. Os resultados preliminares mostram que as consequências negativas poderão exceder os aspetos pessoais e estabelecerem-se a outros níveis (e.g., relacional/familiar e profissional). Este estudo pretende contribuir para a forma como os clínicos pensam a intervenção nesta área, esperando caracterizar de forma alargada uma amostra total de 46 adultos portugueses com obesidade.

Palavras-chave: Consequências Percebidas, Obesidade, Adultos.

Anexo 10: Apresentação Comunicação Oral

Lopes, H., Pimenta, F., & Leal, I. (2019, Maio). *Consequências percebidas da manutenção da obesidade em adultos com esta patologia – Resultados preliminares de um estudo qualitativo*. Poster apresentado no V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, Faro.