



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Quando o estigma leva ao comportamento alimentar desajustado

Sara Mendes Oliveira (e-mail:oliveira.sara.91@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de subespecialização: Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde) sob a orientação do Professor Doutor José Augusto Pinto-Gouveia

Quando o estigma leva ao comportamento alimentar

Sara Mendes Oliveira

Dissertação orientada pelo Professor Doutor José Augusto Pinto - Gouveia e submetida à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação para obter o Mestrado em Psicologia Clínica, na área das Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde



Agradecimentos

Ao professor Doutor Pinto-Gouveia, pela sabedoria e conhecimentos partilhados e pelo incentivo à prática de investigação.

À Dra. Lara Palmeira, por todas as palavras de incentivo, pela disponibilidade e paciência e sobretudo pela transmissão de conhecimentos e pela sua dedicação a este projecto.

À minha Mãe, fonte infindável de amor, que me ensinou a sonhar e a lutar para alcançar sempre novos horizontes, e a tentar ser melhor a cada novo dia. Obrigada por seres o mais perfeito refúgio, teres sempre a palavra motivadora e o colo reconfortante e sobretudo por acreditares em mim, mesmo quando eu não acredito.

Ao meu pai, por ter orgulho em acompanhar o meu percurso, incentivando-me e dando-me sempre confiança para acreditar que sou capaz.

Ao meu irmão, figura presente e inquestionável em todos os momentos desta caminhada, sabendo estar perto, mesmo estando tão longe.

À minha família, por todo o apoio e carinho incondicional. Obrigada pelos valores transmitidos que me tornaram o que sou hoje e por serem o meu porto de abrigo em qualquer etapa da minha vida.

À Sara, minha companheira ao longo desta aventura. Obrigada por todos os desabafos partilhados, pelas palavras de carinho e por todos os “risos, prantos e histórias”. Foi um privilégio e uma sorte grande ter-te por perto e sem ti esta aventura não teria tido o mesmo significado.

À Cristiana, Liliana, Carolina, Jessica, Filipa Oliveira, Filipa Beirão e Flávia por se terem tornado a minha família de Coimbra. Obrigada por todos os momentos especiais partilhados, “levo-vos comigo para a vida”.

Aos meus amigos de sempre, por me ensinarem o verdadeiro sentido da palavra Amizade. Obrigada por estarem perto em todos os momentos.

Às pessoas especiais que Coimbra me apresentou, por terem mostrado que o encanto e essência desta cidade, reside nos laços de amizade por aqui criados e que me farão ter tantas “saudades de Coimbra”.

Por fim, mas não menos importante, a todas as pessoas que permitiram que esta investigação fosse possível, nomeadamente a todas as participantes, pela sua disponibilidade e às nutricionistas que colaboram comigo de forma tão dedicada e entusiasmada.

Quando o estigma leva ao comportamento alimentar desajustado

Resumo

A obesidade é um problema da saúde pública com elevada prevalência e difícil de ser combatido, em parte devido ao estigma associado ao peso. Neste sentido, o estigma é um constructo importante que funciona como uma barreira no tratamento da obesidade e detém um impacto profundamente negativo na vida das pessoas com obesidade. No entanto, atualmente existem poucas escalas que avaliem especificamente o autoestigma. Deste modo, o presente estudo pretendeu aferir e validar o *Weight Self-Stigma Questionnaire* (WSSQ) para a população portuguesa e explorar as suas propriedades psicométricas. Esta escala composta por 12 itens, foi desenvolvida para avaliar o autoestigma em pessoas com excesso de peso ou obesidade. Pretendeu-se ainda explorar o impacto do autoestigma no comportamento alimentar desajustado. A amostra do presente estudo foi composta por 249 mulheres adultas, com excesso de peso ou obesidade que se encontravam em acompanhamento nutricional. Os resultados da análise fatorial revelaram que a versão portuguesa do WSSQ apresenta uma estrutura bi-dimensional idêntica à da versão original que explicou 57,97% da variância total. Neste sentido, o instrumento possui duas subescalas (discriminação relacionada com o peso e a auto desvalorização pelo excesso de peso) para avaliar o autoestigma de modo multidimensional. Os resultados mostraram boa consistência interna, para a escala total e para as subescalas. O autoestigma relativo ao peso correlacionou-se ainda com pior qualidade de vida, vergonha externa, comportamento alimentar desajustado, evitamento experiencial, psicopatologia geral e perceção de infelicidade. Por fim, nas análises de regressão múltipla o autoestigma revelou-se como um preditor significativo da severidade da psicopatologia alimentar e da ingestão alimentar compulsiva. Assim, a versão portuguesa do WSSQ é um instrumento válido e com boas propriedades psicométricas. Os dados salientam ainda que o autoestigma detém um impacto debilitante nas pessoas com obesidade, nomeadamente ao nível do comportamento alimentar desajustado.

Palavras-chave: autoestigma, comportamento alimentar perturbado, obesidade, análise fatorial exploratória, propriedades psicométricas

When stigma leads to disordered eating behaviour

Abstract

Obesity is a problem of public health that is widespread and has difficult resolution, partly because of the associated stigma. The stigma seems to be an important construct as it functions as a barrier to treatment efficacy and entails a negative impact on obese individuals' lives. However, instruments that assess weight stigma are scarce. Thus, this study aims to explore the psychometric properties of the Portuguese version of the Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ). The WSSQ is composed by 12 items and was created to assess self-stigma among overweight and obese population. Furthermore, the impact of self-stigma on disordered eating behaviors and attitudes was also explored. The sample comprised 249 overweight and obese adult women attending nutritional treatment. Results from the factor analysis revealed that the Portuguese version of the WSSQ presents the same bi-dimensional structure as the original version. The two factors (fear of enacted stigma and self-devaluation) explained 57,97% of WSSQ total variance and allow to explore self-stigma in a multidimensional perspective. The scale and both subscales presented high internal consistency. Additionally, Weight self-stigma was related to poor quality of life, external shame, disordered eating behaviors, experiential avoidance, general psychopathology, and less happiness. Results from multiple regression analyses demonstrated that self-stigma was a significantly predictor of the severity of eating psychopathology and binge eating.

Taken together data suggest that the Portuguese version of WSSQ is a valid instrument with good psychometric properties. Also, the findings revealed that self-stigma has a debilitating impact on obese individuals' lives and has an impact on one's disordered eating behaviors.

Keywords: self-stigma, disordered eating behaviors, obesity, exploratory factor analysis, psychometric properties

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve a obesidade como sendo a doença crónica caracterizada pelo excesso de gordura corporal acumulada que pode provocar prejuízo para a saúde (Direcção Geral da Saúde, 2005). A obesidade constitui-se como um problema multifacetado de saúde pública, influenciado por fatores físicos, psicológicos e socio culturais com prevalência crescente, tornando-se difícil de combater devido ao estigma existente face aos indivíduos obesos (Direcção Geral da Saúde, 2005, Forhan & Salas, 2013; Lillis, Luoma, Levin, & Hayes, 2009; Puhl & Brownell, 2003b; Puhl & Heuer, 2009; Teixeira & Budd, 2010). Dada a sua elevada prevalência nos países desenvolvidos, a OMS considerou que a obesidade é “a epidemia global do século XXI” (Direcção Geral da Saúde, 2005; WHO, 2011). Relativamente a Portugal, a prevalência de adultos com obesidade encontra-se nos 12% e a prevalência das pessoas com excesso de peso situa-se nos 34%, envolvendo elevados custos no setor da saúde (Pereira & Mateus, 2003; Direcção Geral da Saúde, 2005).

Para além das inúmeras comorbilidades a nível médico, como por exemplo diabetes, hipertensão, doenças vesiculares, doenças coronárias, neoplasias malignas, osteoartrose, diminuição de fertilidade, alterações hormonais e perturbações ao nível do sono (James, et al., 2004; Puhl & Bronwell, 2003a; Teixeira & Budd, 2010; WHO, 2010; 2011), a obesidade tem sido também associada a uma diminuição na esperança média de vida (James et al., 2004; Muenning, 2008; Muennig, Lubetkin, Jia, & Franks, 2006; WHO, 2010) e elevada estigmatização (e.g., Friedman et al., 2005; Myers & Rosen, 1999; Puhl & Brownell, 2003b; Puhl & Heuer, 2009).

Apesar da evidente proliferação dos programas de perda de peso a maioria dos indivíduos tende a recuperar o peso perdido após 3 a 5 anos após intervenção (Perri & Corsica, 2002 citado por Lillis et al., 2010; Wilson & Bronwell, 2002). Neste sentido, diversos investigadores têm sugerido que a intervenção se deve focar em melhorar a vida das pessoas com obesidade, reduzindo o autoestigma, em vez de se centrar apenas na redução ponderal do peso (Hilbert, Braehler; Haeuser, & Zenger, 2013; Puhl & Bronwell, 2001; 2003b; Puhl & Heuer, 2009), sobretudo devido à dificuldade em manter esta perda ponderal a longo prazo (Lillis, et al., 2010; Puhl & Heuer,

2009). Assim o estigma associado ao peso, é considerado uma das principais barreiras na intervenção eficaz na obesidade, sendo importante que as intervenções atuem no sentido da sua redução (Forhan & Salas, 2013).

O estigma

Nas últimas décadas tem-se verificado um interesse crescente nas investigações que pretendem estudar o estigma, sobretudo ao nível da psicologia social. Apesar deste facto, o conceito de estigma tem sido considerado vago, pouco claro e muito individualizado (Link & Phelan, 2001). A origem deste conceito remonta da Grécia Antiga, onde as pessoas, como criminosos ou traidores eram marcadas fisicamente com o objetivo de serem reconhecidas, de modo a puderem serem rejeitadas e postas à margem da sociedade, por serem consideradas imorais (Goffman, 1963 citado por Bos, Pryor, & Reader, 2013). Atualmente, o conceito de estigma apresenta um significado mais abrangente, não estando apenas relacionado com marcas físicas realizadas pelos outros, com o intuito de existir diferenciação, mas com determinados atributos pessoais que os indivíduos possuem e que resultam na desaprovação social (Bos et al., 2013). Assim, é possível verificar-se que as crenças culturais levam a que pessoas que pertençam a determinados grupos estigmatizados, sejam associadas a determinados estereótipos negativos (Link & Phelan, 2001).

Goffman (1963 citado por Link & Phelan, 2001) refere que o estigma é um “atributo que é profundamente descredibilizado” transformando o indivíduo “de uma pessoa usual, a uma pessoa defeituosa, que deve ser desvalorizada”. Segundo Link & Phelan (2001), o estigma pode ser ainda considerado “a coocorrência de componentes de rotulação, estereótipos, separação, perda de estatuto e de discriminação”. Estes autores defendem ainda que deve ser exercido poder, para que o processo de estigmatização se verifique.

Alguns autores consideram o estigma como um conceito multidimensional (Lillis, et al., 2010; Link & Phelan, 2001; Pryor, et al., 2013). Neste sentido, distinguem a perceção de discriminação por parte dos outros, do autoestigma. Assim, a primeira dimensão ocorre em situações sociais que podem surgir em diferentes áreas da vida de uma pessoa, como por exemplo, nas relações com os outros, no emprego e na redução do

acesso a determinados serviços, (Link & Phelan, 2001). Por outro lado, o autoestigma incorpora não só o receio do indivíduo estar vulnerável ao processo de estigmatização nestes contextos, mas também a autodesvalorização, associada com sentimentos e pensamentos negativos relacionados com estas situações, que podem ser internalizados, uma vez que a pessoa se percebe como pertencendo a determinado grupo estigmatizado (Link & Phelan, 2001; Bos, 2013).

O impacto do estigma na obesidade

O preconceito associado ao peso, ou seja, o conjunto de atitudes e crenças negativas relativas a uma determinada pessoa, tendo em conta especificamente o seu peso corporal, pode levar à estigmatização (Puhl & Heuer, 2009; Muennig, 2008; Teixeira & Budd, 2010). Na sociedade atual em que a aparência física valorizada é a de um corpo magro (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013), o estigma em relação à obesidade tem sido disseminado e socialmente aceite, sendo muitas vezes usado na luta contra a obesidade. Ao mesmo tempo as pessoas que estigmatizam acreditam que a obesidade é um problema que é causado e mantido pelo próprio indivíduo (Allison, Basile & Yunker, 1991; Friedman & Puhl, 2012; Muenning, et al., 2006; Puhl & Brownell, 2001; 2003a; Puhl & Heuer, 2009). Para além disso o estigma relacionado com o peso é extremamente perversivo uma vez que não pode ser escondido (Heshka & Allison, 2001; Puhl & Heuer, 2009), sendo que aos indivíduos com obesidade tendem a ser atribuídas características depreciativas, como serem pessoas desmotivadas e sem força de vontade, impulsivos, incapazes, menos inteligentes, mais incompetentes e autoindulgentes (Friedman et al., 2005; Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009). Estes estereótipos são dificilmente alterados, tornando as pessoas que têm excesso de peso, mais facilmente expostas à injustiça social (Puhl & Heuer, 2009).

Deste modo, algumas investigações demonstraram que em comparação com pessoas normoponderais, as pessoas com obesidade tendem a reportar níveis de estigmatização mais elevados em diferentes contextos, levando a desigualdades não só no contexto laboral, mas também em instituições de ensino e educação, na área financeira, na prestação de cuidados de saúde, nas relações interpessoais com a família e amigos e no

próprio funcionamento da vida (Andreyeva, Puhl, & Brownell, 2008; Brown, Thompson, Tod, & Jones, 2006; Forhan & Salas, 2013; Friedman, & Puhl, 2012; Link & Phelan, 2001; Puhl & Brownell, 2001; 2003a; 2006; Puhl & Heuer, 2009; Roehling, 1999). Estes processos de estigmatização podem levar ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva, elevado isolamento e diminuição das atividades físicas e sociais e sentimentos de desesperança, nas pessoas com excesso de peso e obesidade (Friedman et al., 2005; Kolotkin, Meter, & Williams, 2001; Myers & Rosen, 1999; Puhl & Brownell, 2001; 2003a; 2003b; 2006) bem como ao aumento dos níveis de ansiedade, maiores níveis de *stress* e pensamentos ou atos suicidas (e.g., Benas, & Gibb, 2008 *cit in* Friedman & Puhl, 2012; Durson & Latner, 2008). Do mesmo modo, o estigma relacionado com o peso tem sido associado a níveis mais elevados de perturbação alimentar, ingestão alimentar compulsiva e elevados níveis de insatisfação corporal e baixa autoestima (Durso & Latner, 2008; Durso, Latner, & Hayhashi, 2012; Friedman et al., 2005; Myers & Rosen, 1999; Puhl, Moss-Racusin, & Shwartz, 2007). Diversas investigações sugerem que o estigma se encontra relacionado ao evitamento experiencial em diversas áreas, como a diabetes e o abuso de substâncias (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007; Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting & Rye, 2008). Para além disso, alguns autores reportam ainda que o estigma relacionado com peso se encontra associado com o evitamento experiencial e a inflexibilidade psicológica, mais especificamente com as experiências internas indesejáveis, relacionadas com o peso (Lillis, Hayes, Bunting, & Masuda, 2009). Neste sentido, o tratamento da obesidade deverá focar-se na redução do estigma, uma vez que este parece ser uma vivência com um impacto debilitante na vida das pessoas com obesidade (Hilbert, et al., 2013; Lillis et al., 2010).

Não obstante, a maioria das investigações prévias relacionadas com o estigma centraram-se sobretudo na avaliação relativamente a pessoas com obesidade, ou seja, na discriminação social da obesidade, sugerindo que as pessoas que acreditam que o indivíduo é responsável pelo seu excesso de peso, tendem a ter atitudes mais negativas relativamente às pessoas que apresentam obesidade, do que as pessoas que atribuem as causas da obesidade a fatores externos (Allison, Basile & Yunker, 1991; Lillis et al., 2010). Por outro lado, algumas investigações centram-se em características

específicas relacionadas com o estigma, como por exemplo a insatisfação corporal (Garner, Olmsted, & Garfinkel, 1987 citado por Lillis et al., 2010). Neste sentido e apesar dos estudos existentes se relacionarem com o conceito de estigma relativo ao peso, não exploram dimensões como a autodesvalorização ou discriminação percebida pelo próprio sujeito, isto é, o estigma internalizado, pelo que escasseiam instrumentos que avaliem estes constructos (Lillis et al., 2010). Para além disso, muitos estudos tendem a adaptar para a população obesa algumas escalas existentes, o que muitos autores consideram que dá origem à falta de sensibilidade dos instrumentos e restringem o que se procura avaliar (Puhl & Brownell, 2006).

Atualmente, e que seja do nosso conhecimento, existem apenas dois instrumentos que avaliam o estigma internalizado em indivíduos com excesso de peso ou obesidade, o Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ), criada por Lillis e colaboradores (2010) e a Weight Bias Internalization Scale (WBIS), desenvolvida por Durso e Latner (2008). O WBIS mede o estigma de uma maneira unidimensional enquanto que WSSQ avalia estigma relacionado com o peso de um modo multidimensional, tendo sido construído especificamente para ser sensível à mudança nas intervenções. O WSSQ apresenta portanto dois fatores diferenciados - a discriminação relacionada com o peso, que consiste na perceção que a pessoa com excesso de peso possui de ser discriminada em situações sociais e a autodesvalorização sobre o excesso de peso, que está relacionada com os pensamentos e crenças negativas internalizadas que uma pessoa com obesidade possui, por se identificar num grupo estigmatizado. Ambas as escalas apresentam boas capacidades psicométricas. As investigações existentes que estudam o autoestigma (Durso & Latner, 2008; Durso, et al., 2012; Hilbert, et al., 2013; Latner, Durso & Mond, 2013; Lillis et al., 2010) salientam que este se associa à preocupação com o peso, níveis mais elevados de psicopatologia no geral, e mais especificamente com sintomatologia depressiva, ansiedade e *stress*, ao evitamento experiencial no geral, e em relação ao peso, à pior qualidade de vida, ao comprometimento da saúde física e mental e à existência de episódios de ingestão alimentar compulsiva. Para além disso, estas investigações sugerem ainda que o estigma internalizado relacionado com o peso poderá funcionar como um preditor da ingestão alimentar compulsiva (Durso & Latner, 2008; Durso, et

al., 2012), baixa autoestima, insatisfação corporal e sintomatologia depressiva, ansiedade e stress (Durson & Latner, 2008) e comprometimento da saúde, tanto física como mental (Latner, et al., 2013).

Lillis et al., (2010) encontraram ainda evidências que parecem corroborar a natureza multidimensional do estigma, ao explorarem as diferenças entre discriminação relacionada com o peso e a auto desvalorização pelo excesso de peso, sendo que a primeira se encontra mais associada a pior qualidade de vida e a mais sintomas psicopatológicos do que a auto desvalorização.

Objetivos

O objetivo primordial da presente investigação foi avaliar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do WSSQ, mais especificamente a sua estrutura fatorial, bem como a sua consistência interna e validade convergente e divergente. Para além disso, procurou-se também compreender qual o impacto do autoestigma na ingestão alimentar compulsiva e na psicopatologia alimentar.

Materiais e métodos

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 249 mulheres adultas, com excesso de peso ou obesidade e que se encontravam a ser acompanhadas em consultas de nutrição. Estas mulheres apresentavam uma média de idade de 44.45 anos (DP = 11.03) e uma média de 11.87 (DP = 3.89) relativamente aos anos de escolaridade. Em relação ao IMC da amostra, a média foi de 30.88 (DP = 4.22).

Referentemente ao estado civil verificou-se que 59%, da amostra era casada (n = 147), cerca de 24,1% era solteira, 7,6% era divorciada, 7,2% encontrava-se em união de facto e apenas 2% era viúva. Quanto ao nível socioeconómico, 43% da amostra apresentava um nível socioeconómico médio (n = 107), 40,6% possuía um nível baixo, 10,4% encontrava-se desempregada, 3,2% era estudante e apenas 2,8% apresentava um nível socioeconómico alto.

Os dados obtidos revelaram ainda que mais de metade da amostra referiu não praticar exercício físico (52,2%), sendo que 47,8 % mencionou que praticava exercício físico aquando da aplicação do protocolo.

Procedimento

A recolha da amostra decorreu de acordo com os princípios deontológicos e o protocolo aplicado foi aprovado pelos comités éticos das instituições que estiveram envolvidas com a presente investigação.

Todos os participantes assinaram um consentimento informado e foram esclarecidos acerca do que consistia o estudo e o seu objetivo. Foi explicado aos sujeitos que a sua participação era voluntária, podendo desistir de pertencer a este estudo, a qualquer momento. Foi-lhes ainda assegurado que os resultados obtidos eram estritamente confidenciais e exclusivamente utilizados para efeitos de investigação.

Instrumentos de avaliação

Dados sociodemográficos- As características sociodemográficas foram relatadas pelos participantes, que referiram também o peso e a altura, sendo posteriormente calculado o índice de massa corporal.

Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ; Lillis et al., 2010; tradução e adaptação Palmeira & Pinto-Gouveia, 2013). O WSSQ é a primeira escala a medir o autoestigma relacionado com o peso, de uma forma multidimensional. Este instrumento foi criado especificamente para pessoas com excesso de peso, ou pessoas obesas. O WSSQ é composto por 12 itens, que incluem, por exemplo “Sinto-me culpado por causa dos meus problemas com o peso” e “As pessoas discriminam-me porque eu tive problemas com o peso”. Em cada item é solicitado ao indivíduo que pontue as afirmações, através de uma escala tipo *likert*, onde 1 corresponde a “Discordo completamente” e 5 a “Concordo Completamente. A cotação é obtida através da soma dos itens. Não existem itens revertidos.

A escala original do WSSQ contém duas subescalas distintas: discriminação relacionada com o peso que avalia a perceção que a pessoa tem de ser discriminada em diferentes contextos sociais, por identificar que pertence a um grupo estigmatizado e a auto – desvalorização pelo excesso de peso, relacionada com os pensamentos estigmatizados que a pessoa tem

acerca de si próprio, uma vez que tem a percepção que outros, que possuem características semelhantes às suas, são discriminados.

A versão original da WSSQ revelou boas capacidades psicométricas, com um alfa de Cronbach de .88 para a escala total, de .87 para a subescala discriminação relacionada com o peso e .81 para a subescala da auto – desvalorização sobre o excesso de peso. Esta escala apresenta ainda bons resultados ao nível do teste-reteste, bem como uma boa validade convergente e divergente,

Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II; Bond, et al., 2011; Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012) é uma versão reduzida do AAQ-I que avalia a inflexibilidade psicológica geral (Bond et al., 2011). Consiste numa escala de 7 itens do tipo de *Likert*, nos quais o participante tem de selecionar de 1 (“nunca verdadeiro”) a 7 (“sempre verdadeiro”), de que forma a afirmação é mais verdadeira para si. A versão original da escala obteve um valor de alfa de Cronbach de .84 e a versão portuguesa um valor de .90 (Pinto-Gouveia et al., 2012).

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) é uma versão reduzida da EADS-42. Esta escala avalia níveis de ansiedade, de depressão e de *stress*. O participante escolhe uma de entre 4 opções na medida em que cada afirmação se aplica a si mesmo, nas quais 0 corresponde a “não se aplicou nada a mim” e 3 corresponde a “aplicou-se a mim maior parte das vezes”. A EADS-21 mostrou possuir uma boa consistência interna em vários estudos realizados, apresentando valores de alfa de Cronbach superiores a .80 nas diferentes subescalas (Gloster et al., 2008). Na versão portuguesa, o valor do alfa de Cronbach para a subescala da ansiedade foi de .74, para a subescala da depressão, obteve-se .85 e para a subescala do *stress* o valor obtido foi de .81 (Pais-Ribeiro, et al., 2004).

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994; Machado, 2007) pretende fazer uma avaliação de psicopatologia específica das perturbações do comportamento alimentar relativamente aos últimos 28 dias. Este questionário é composto por quatro subescalas: restrição, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma e preocupação com o peso, embora apenas tenha sido utilizada a escala total no presente estudo. Segundo Aardoom, Dingemans, Slof Op't

Landt, & Van Furth (2012) a consistência interna do EDE-Q tem valores elevados, sendo o alfa de Cronbach da escala total .95. Na versão portuguesa a escala também apresenta boas qualidades psicométricas (Machado, 2007).

Binge Eating Scale ou Escala de Ingestão Compulsiva (BES; Gormally et al., 1982; Duarte, Pinto-Gouveia & Ferreira, 2013) é um questionário que procura identificar comportamentos e cognições características de ingestão compulsiva em sujeitos obesos (Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2013). É um questionário composto por 16 itens, com 62 afirmações no total, sendo que o participante seleciona a afirmação de cada item com que mais se identifica (as quais são cotadas numa escala entre 0 e 3 pontos). No estudo original (Gormally et al., 1982) a escala apresentou valores de consistência interna elevados, semelhantes aos reportados na validação portuguesa.

A Escala da Felicidade Subjectiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999; Pais- Ribeiro, 2012) é composta por quatro itens. Em duas destas afirmações, é solicitado à pessoa que se caracterize a si própria comparativamente aos seus pares, de forma absoluta e também relativa. Relativamente aos outros itens, os sujeitos devem selecionar a posição em que as presentes descrições os caracterizam, numa escala com sete diferentes posições, (onde 1 corresponde a “de modo nenhum” e 7 a “grande parte), existindo duas afirmações antagónicas que demonstram o grau de felicidade, ou infelicidade do sujeito (Pais- Ribeiro, 2012). A consistência interna no estudo original apresenta valores elevados (entre .79 e .94) e no estudo realizado por Pais – Ribeiro (2012), o valor do alfa de Cronbach é de .76, mostrando ter boas propriedades psicométricas, com propriedades semelhantes à versão original.

A Orwell-97 (Mannucci, et al., 1999; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2008) pretende avaliar a qualidade de vida especificamente em doentes que apresentam obesidade. Esta escala é composta por 18 itens, que pretendem avaliar três áreas diferentes, sendo estas: 1- os sintomas (5 itens), onde se pesquisa a avaliação dos sintomas somáticos da própria obesidade e os aspetos fisiológicos em doentes obesos. 2- O desconforto (7 itens), onde se procura que exista a avaliação de como a obesidade afeta o estado emocional do doente, e as preocupações relativas à obesidade. 3- Impacto (6 itens), pretende avaliar as consequências da obesidade ao nível do relacionamento

com a família, mas também no desempenho funcional e na rede social do doente. É solicitado ao doente que avalie, de 0 a 3, a frequência, e/ou gravidade do sintoma (ocorrência) e também a relevância subjetiva das limitações relativamente a esse sintoma na sua própria vida (importância). Quanto maior é o valor obtido na escala do Orwell-97, pior é a qualidade de vida que a pessoa reporta. Relativamente à consistência interna do estudo original, o valor do alfa de Cronbach obtido foi .83. Na versão portuguesa, os resultados do alfa de Cronbach apresentaram o valor de .85 relativamente à escala total (Silva et al., 2008).

O *Other as Shamer Scale – Brief* (OAS-B; Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert, & Duarte, 2014) é um instrumento de autorresposta composto por 8 itens que avaliam a vergonha externa. Os itens são cotados através de uma escala do tipo *likert*, de 5 pontos. Quanto maior o valor total obtido pelo sujeito, maior a vergonha externa que este possui (Matos, et al., 2014). Na versão original do OAS a escala apresentou uma consistência interna muito boa, sendo o α de cronbach de .92 (Goss, Gilbert, & Allan, 1994). A versão portuguesa da OAS-B também apresentou valores elevados de consistência interna ($\alpha = .85$) bem como boa estabilidade temporal e boa validade convergente e divergente (Matos et al., 2014).

O *Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties* (AAQ- W; Lillis & Hayes, 2008; tradução e adaptação Palmeira & Pinto-Gouveia, 2013) é uma variação do AAQ específica para pessoas com excesso de peso. O AAQ- W, mede a inflexibilidade psicológica relativamente a pensamentos e sentimentos acerca do peso. Esta é composta por 22 itens, os quais devem ser respondidos numa escala de tipo *Likert* de 7 pontos em que 1 corresponde a “nunca verdadeiro” ou “nada credível” e 7 corresponde a “sempre verdadeiro” ou “completamente credível). Existem 5 itens que são invertidos: 1, 6, 7, 14 e 18. Quanto menor for a pontuação total, menor é o evitamento experiencial e maior é a flexibilidade psicológica (Lillis & Hayes, 2008). Esta escala apresenta cinco fatores, sendo estes: comida como controlo, aceitação corporal, auto estigma, autoeficácia e o evitamento emocional. Weineland, Lillis & Dahl (2012) realizaram a avaliação psicométrica do AAQ-W, sendo que a escala apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .86$) e elevada fidelidade teste-reteste.

Estratégia Analítica

Foi utilizado o SPSS Statistics 20 para todas as análises realizadas. Inicialmente foram realizadas análises preliminares dos dados de modo a testar a sua adequação. Em seguida, foi efetuada uma análise fatorial exploratória da versão portuguesa do WSSQ, utilizando o mesmo procedimento aplicado pelos autores do estudo original (Lillis et al., 2010). Posteriormente, a análise da consistência interna da escala e respetivas subescalas foi analisada utilizando o coeficiente do alfa de Cronbach e as correlações item-total corrigidas (Nunnally, 1978). Seguindo-se, a análise convergente e divergente que foi realizada através do coeficiente de correlação de Pearson, com o objetivo de explorar a relação entre o WSSQ e respetivas subescalas com outras variáveis em estudo (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003). Foram ainda realizadas regressões linear múltiplas por blocos de modo a explorar que preditores (OAS, AAQ II, DASS_dep e WSSQ) contribuíram para a explicação da psicopatologia alimentar e da ingestão alimentar compulsiva (Field, 2009).

Resultados

Análise Preliminar dos dados

A análise da assimetria (sk) e da curtose (ku) foi realizada com o objetivo de testar a adequação dos dados da presente investigação. Os resultados obtidos demonstraram que a distribuição dos dados foi normal ($sk < | 3 |$ e $ku < | 10 |$) (Kline, 1998; Field, 2009). Para além disso, não se verificou a existência de multicolineariedade entre as variáveis, uma vez que os valores do Variance Inflation Factor (VIF) (Field, 2009) foram inferiores a 5.

Análises descritivas

No quadro 1 encontram-se as médias, desvios-padrão e respetivos alfas de Cronbach, de todas as escalas e subescalas utilizadas no presente estudo.

Quadro 1

Médias (M) desvio padrão (DP) e alfas de Cronbach (α) de todas as variáveis em estudo (n = 249).

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>A</i>
WSSQ –Total	30.55	9.36	.90
WSSQ – Discriminação	13.52	5.05	.83
WSSQ - Auto- desvalorização	17.03	5.23	.85
IMC	30.88	4.22	-
Idade	44.45	11.03	-
BES	11.06	8.55	.90
EDE – Q Total	2.07	1.01	.89
E. Felicidade	4.59	1.24	.75
QV total	42.26	14.05	.87
OAS	5.17	5.64	.93
AAQ II	21.07	9.57	.92
AAQ W Total	55.45	13.87	.81
DASS dep	4.41	4.12	.83
DASS ans	3.52	3.67	.83
DASS stress	6.12	4.25	.87

Nota. WSSQ = Weight Self-stigma Questionnaire; IMC = Índice de massa corporal; BES = Binge Eating Scale; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire; E. felicidade = Escala da Felicidade; QV = (Qualidade de vida) Orwell- 97; OAS = Others as Shamer Scale; AAQ II = Acceptance and Action Questionnaire; AAQ-W = Acceptance and Action Questionnaire for Weight - Related Difficulties; DASS = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.

Análise Fatorial Exploratória

Com o objetivo de verificar a estrutura fatorial do WSSQ, numa amostra da população portuguesa, foi realizada uma análise fatorial exploratória (AFE), seguindo os mesmos procedimentos estatísticos utilizados pelos autores da versão original (Lillis et. al., 2010).

Desta forma, inicialmente investigou-se a solução de uma *Principal Axis Factoring*, no sentido de compreender o número de fatores a reter e verificar se este era semelhante ao encontrado na versão original. Foi assumido o critério de Kaiser, onde é necessário que exista um valor de *eigenvalue* igual ou superior a 1, para que haja a retenção dos fatores

(Costello & Osborne, 2005). Desta análise foi possível constatar-se que se evidenciaram 2 fatores, com valores de *eigenvalue* superiores a 1. Contudo, como a extração de fatores pode ter um efeito nocivo nos resultados obtidos, foi também utilizado o *Scree Test* de Cattell, considerado uma alternativa viável ao critério de Kaiser – Guttman, que pode levar a que surja uma sobrestimação relativamente à quantidade dos fatores (Costello & Osborne, 2005), tendo sido deste modo possível confirmar-se a existência desses dois fatores.

Seguindo novamente o mesmo procedimento utilizado no estudo original de Lillis et al. (2010), foi realizada uma nova análise fatorial exploratória, forçada a dois fatores, de forma a compreender claramente que itens da escala saturavam no fator 1 e no fator 2. Esta análise efetuou-se utilizando uma rotação oblíqua – método *direct oblimin*, uma vez que se assume que os fatores se encontram altamente correlacionados entre si. Este procedimento foi utilizado, porque a rotação dos dados é uma técnica que ajuda a interpretar os resultados obtidos (Tabachnick & Fidell, 2007).

Obteve-se um valor que não foi significativo no teste de Kaiser Meyer-Olkin ($KMO = .88$), enquanto que no teste da esfericidade de Bartlett foi possível um resultado estatisticamente significativo $\chi^2(66) = 1432,571$; $p < .001$. Assim, foi possível considerar-se que se encontravam reunidas as condições necessárias para continuar com a investigação, uma vez que a solução demonstrou possuir bons indicadores de adequação da matriz (Tabachnick & Fidell, 2007).

Os dois fatores encontrados na versão portuguesa corresponderam integralmente aos fatores encontrados na versão original do instrumento (Lillis et al., 2010). Assim sendo, a escala apresentou o fator 1, denominado de discriminação relacionada com o peso, constituído pelos itens 7 a 12 e o fator 2, auto desvalorização pelo excesso de peso, composto pelos itens 1 a 6. Nesta segunda análise fatorial com rotação oblíqua, os dois fatores explicaram uma variância total de 57,97%, sendo que todos os itens apresentaram comunalidades superiores a .40 e saturações fatoriais entre .46 e .88. O fator discriminação relacionada com o peso contribuiu 46,93% para a explicação da variância e o fator auto desvalorização pelo excesso de peso explicou 11,03%. A descrição dos itens bem como a sua saturação fatorial e respetivas comunalidades encontram-se presentes no quadro 2.

Quadro 2

Saturações fatoriais dos itens do WSSQ na análise fatorial exploratória com rotação oblíqua e respectivas comunalidades (h^2).

Item	Fator 1	Fator 2	h^2
1. Volto sempre a ter excesso de peso		.75	.49
2. Eu causei os meus problemas com o peso		.74	.54
3. Sinto-me culpado por causa dos meus problemas com o peso		.76	.63
4. Tenho peso a mais/excesso de peso porque sou uma pessoa fraca		.48	.58
5. Se eu fosse mais forte nunca teria nenhum problema com o peso		.59	.56
6. Não tenho autocontrolo suficiente para manter um peso saudável		.76	.57
7. Sinto-me inseguro (a) em relação às opiniões dos outros acerca de mim	.46		.49
8. As pessoas discriminam-me porque eu tive problemas com o peso	.88		.67
9. As pessoas que nunca tiveram problemas com o peso têm dificuldade em compreender-me	.60		.46
10. Os outros vão pensar que eu tenho falta de autocontrolo por causa dos meus problemas com o peso	.70		.70
11. As pessoas acreditam que eu sou culpado (a) pelos meus problemas com o peso	.69		.63
12. Os outros têm vergonha de estar perto de mim devido aos meus problemas com o peso	.86		.64
Valor próprio	5,63	1,32	
Variância	46,93%	11,03%	

Análise dos itens e da consistência interna do WSSQ

De forma a analisar a consistência interna do WSSQ, recorreu-se ao cálculo do α de Cronbach. Esta escala mostrou possuir uma boa consistência interna, uma vez que apresentou valores de α de Cronbach superiores a .80, na escala total e também nas respetivas subescalas, como demonstrado no quadro 1 (Field, 2009). Estes valores são semelhantes aos encontrados no estudo original, onde o α de Cronbach do WSSQ total foi .88, na subescala discriminação relacionada com o peso obtiveram o valor de .87 e relativamente à subescala auto desvalorização pelo excesso de peso o α encontrado foi de .81 (Lillis et al., 2010).

Através da correlação item-total, que se descreve como a correlação do item com a pontuação dos restantes, pertencentes ao mesmo fator, foi possível realizar a análise dos itens. No quadro 3, encontram-se apresentadas as médias e respetivos desvios-padrão dos 12 itens que fazem parte da escala, bem como as suas correlações item-total, cujos valores estão compreendidos entre .50 e .76 e traduzem a existência de correlações moderadas a elevadas entre o item e o total.

Em relação à análise da contribuição de cada item para a consistência interna dos dois fatores do WSSQ e conseqüente variação dos seus valores do alfa de cronbach quando o item é eliminado em cada fator, considera-se importante retirar os itens cuja exclusão permite aumentar significativamente os valores de consistência interna. Desta forma, foi possível constatar-se que no presente estudo não existe nenhum item que seja necessário eliminar (quadro 3).

Quadro 3

Média (M), desvio-padrão (DP) e valores da correlação item-fator corrigida de Pearson (r item-total) e correlação se o item for eliminado do fator (α de Cronbach).

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	r item- total	α Cronbach
Fator Auto desvalorização				
1	3.25	1.22	.50	.83
2	3.28	1.22	.59	.81
3	3.04	1.20	.68	.79
4	2.36	1.13	.63	.80
5	2.40	1.16	.65	.80
6	2.70	1.16	.61	.81
Fator Discriminação				
7	2.49	1.14	.55	.85
8	1.81	.97	.65	.83
9	2.66	1,19	.60	.84
10	2.32	1,12	.76	.80
11	2.50	1.26	.70	.82
12	1.72	0.95	.60	.84

Análise das Correlações entre a escala total e os respectivos fatores

Foi realizada uma análise através dos coeficientes de correlação de Pearson (Cohen, et al., 2003) de forma a averiguar correlações entre o WSSQ total e as respectivas subescalas (quadro 4). Tal como no estudo original, verificou-se que o WSSQ total apresentou uma correlação significativa, positiva e forte com ambas as subescalas, sendo que estas se correlacionam moderadamente entre si.

Análise da validade Convergente e Divergente

Foram realizadas correlações do coeficiente de Pearson (Cohen, et al., 2003), de modo a estabelecer as relações existentes entre o WSSQ e as suas subescalas com outras variáveis em estudo (Quadro 4). A validade convergente foi avaliada através da análise de correlação com a idade, IMC, AAQ-II, AAQ-W, EDE-Q, BES, DASS-21, OAS e Qualidade de vida

(ORWELL-97) e a validade divergente foi explorada através da correlação entre o WSSQ e respetivas subescalas e a Escala Subjectiva de Felicidade.

Quadro 4

Matriz de correlações entre o WSSQ total e as respetivas subescalas com as outras variáveis em estudo e com o IMC e a idade

	WSSQ - Discriminação	WSSQ - Auto- desvalorização	WSSQ - Total
WSSQ - Discriminação	-		
WSSQ - Auto- desvalorização	.65***	-	
WSSQ -Total	.91***	.91***	-
IMC	.19**	.04	.12
Idade	-.05	.02	-.02
BES	.56***	.55***	.61***
EDE - Q Total	.55***	.49***	.57***
E. Felicidade	-.37***	-.28***	-.35***
QV _{total}	.66***	.50***	.64***
OAS	.57***	.31***	.48***
AAQ II	.50***	.39***	.49***
AAQ W Total	.53***	.55***	.59***
DASS _{dep}	.44***	.33***	.42***
DASS _{ans}	.26***	.21***	.26***
DASS _{stress}	.37***	.32***	.38***

*** p < .001; ** p < .01

Nota. WSSQ = Weight Self-stigma Questionnaire; IMC = Índice de massa corporal; BES = Binge Eating Scale; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire; E. felicidade = Escala da Felicidade; QV = (Qualidade de vida) Orwell- 97; OAS = Others as Shamer Scale; AAQ II = Acceptance and Action Questionnaire; AAQ-W = Acceptance and Action Questionnaire for Weight - Related Difficulties; DASS = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.

Da análise do quadro 4 foi possível verificar-se que quer o WSSQ total, quer ambas as subescalas (discriminação relacionada com o peso e auto desvalorização pelo excesso de peso) se correlacionaram significativamente e de forma positiva com pior qualidade de vida, com o evitamento experiencial relacionado com o peso, com o evitamento experiencial no geral, com os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* e com a vergonha externa. Também se encontraram correlações significativas e positivas entre o WSSQ e o comportamento alimentar perturbado (BES e EDE-Q Total). No entanto, quanto ao IMC, observou-se apenas uma correlação significativa e positiva com o fator discriminação relacionada com o peso (WSSQ). O WSSQ total e as suas duas subescalas mostraram ainda que se correlacionaram de forma negativa e significativamente com a escala da felicidade. Não foram encontradas correlações significativas entre o WSSQ total e respetivas subescalas, com a variável idade.

Análises de regressão linear múltipla por blocos

Foram ainda efetuadas duas análises de regressão linear múltipla por blocos (método *enter*), de modo a compreender que variáveis (OAS, AAQ II, DASS dep e WSSQ total) predizem a psicopatologia alimentar, nomeadamente as atitudes e comportamentos alimentares perturbados, avaliados pela EDE-Q (modelo 1) e a ingestão alimentar compulsiva analisada pela BES (modelo 2). Previamente às análises de regressão, foram analisadas as correlações entre as variáveis em estudo. Os resultados mostraram que o AAQ-II, OAS e a dimensão depressão da DASS-21 apresentaram correlações positivas e significativas.

Nas análises de regressão múltipla por blocos, foi colocado num primeiro bloco como preditores a OAS e WSSQ total, de modo a controlar o efeito de um sobre o outro. De seguida juntou-se no segundo bloco como preditor o AAQ-II e por último no terceiro bloco introduziu-se como preditor a subescala de depressão da DASS-21.

Quanto ao modelo 1, em que a BES foi a variável critério (quadro 5), os resultados evidenciaram que no seu conjunto o modelo explicou 47% da variância do comportamento de ingestão alimentar compulsiva. Após a análise realizada ao quadro 5 foi possível constatar-se ainda que a

sintomatologia depressiva ($t = 5.32$; $p < .001$; $\beta = .32$) e o autoestigma relacionado com o peso ($t = 8.09$ $p < .001$; $\beta = .47$) se apresentaram como os únicos preditores significativos do comportamento alimentar perturbado (BES), sendo este último o melhor preditor.

Quadro 5

Análise de Regressão Múltipla (método *enter*) usando como preditores o OAS, AAQII, WSSQ Total e a dimensão depressão do DASS (DASS dep) e como variável dependente o comportamento de ingestão alimentar (BES).

	R^2	ΔR^2	F	β	t	p
Modelo 1						
1º Bloco	.40	.39	79.46***			
OAS				.16	2.82	.005
WSSQ				.54	9.46	.000
total						
2º Bloco	.40	.40	54.33***			
OAS				.13	2.13	.034
WSSQ				.50	8.36	.000
total						
AAQ II				.10	1.69	.092
3º Bloco	.47	.46	48.71***			
OAS				.05	.92	.359
WSSQ				.47	8.09	.000
total						
AAQ II				-.02	-.29	.773
DASS dep				.32	5.32	.000

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Relativamente ao modelo 2 (quadro 6), onde a variável critério foi o EQE-Q total, observou-se que o modelo explicou conjuntamente 36% da variância dos comportamentos e atitudes alimentares perturbados (EDE-Q total).

Da análise do quadro 6 foi possível verificar-se que apenas a sintomatologia depressiva (DASS dep) ($t = 2.40$; $p < .005$; $\beta = .16$) e o autoestigma relacionado com o peso ($t = 7,52$ $p < .001$; $\beta = .48$) se revelaram preditores significativos da psicopatologia alimentar (EDE-Q total), tal como

também já se tinha verificado relativamente à ingestão alimentar compulsiva (BES).

Quadro 6

Análise de Regressão Múltipla (método *enter*) usando como preditores o OAS, AAQII, WSSQ Total e a dimensão depressão do DASS (DASS dep) e como variável dependente o índice global de psicopatologia alimentar (EDE-Q Total).

	R^2	ΔR^2	F	B	t	P
Modelo 2						
1º Bloco	.33	.32	58.96***			
OAS				.05	.78	.437
WSSQ total				.55	9.12	.000
2º Bloco	.34	.34	42.03***			
OAS				-.00	-.02	.986
WSSQ total				.50	7.82	.000
AAQ II				.15	2.41	.017
3º Bloco	.36	.35	31.89***			
OAS				-.04	-.59	.557
WSSQ total				.48	7.52	.000
AAQ II				.09	1.40	.162
DASS dep				.16	2.40	.017

*** p < .001; ** p < .01; * p < .05

Assim, os resultados apontam, para que a presença de sintomatologia depressiva e de estigma relacionado com o peso parecem estar relacionados com maiores níveis de psicopatologia alimentar e de comportamentos de ingestão alimentar compulsiva.

Discussão

A literatura tem evidenciado que o estigma se encontra intimamente ligado à obesidade, refletindo uma experiência marcadamente nociva, associada a pior qualidade de vida, bem como para a psicopatologia no geral e ao comportamento alimentar desajustado (Durso & Larson, 2008; Durso et al., 2012; Friedman et al., 2005; Lillis et al., 2010; Myers & Rosen, 1999; Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009).

O objetivo da presente investigação foi adaptar e validar a versão portuguesa do *Weight Self-stigma Questionnaire* (WSSQ; Lillis et al., 2010). Este instrumento foi desenvolvido originalmente para avaliar especificamente o autoestigma de modo multidimensional em adultos com excesso de peso e obesidade. No presente estudo, pretendeu-se analisar as propriedades psicométricas deste instrumento numa amostra de mulheres adultas com excesso de peso e obesidade a serem acompanhadas em consulta de nutrição. O WSSQ apresentou boas capacidades psicométricas, evidenciando também uma muito boa consistência interna e validade divergente e convergente.

Na análise fatorial exploratória da versão portuguesa do WSSQ foi possível replicar integralmente a estrutura bi-fatorial encontrada pelos autores da versão original do instrumento (Lillis et al., 2010). Neste sentido, o WSSQ apresenta dois fatores, nomeadamente: discriminação relacionada com peso e desvalorização pelo excesso de peso. No seu conjunto, os fatores explicaram 57,97% da variância total, valor semelhante ao relatado pelos autores do estudo original.

Relativamente à consistência interna verificou-se que o WSSQ apresenta elevados valores de α de Cronbach, semelhantes aos encontrados na versão original, tanto para a escala total como para ambas as subescalas (Lillis et al., 2010). Esta escala apresentou valores das correlações item-total moderados a elevados, demonstrando deste modo que existe adequação dos itens ao fator a que pertencem, contribuindo positivamente para o score do constructo. Para além disso, e de acordo com o proposto teoricamente, a escala WSSQ total e os dois fatores encontram-se fortemente correlacionados. Por seu lado, as subescalas correlacionam-se moderadamente entre si, o que reflete que são dimensões semelhantes mas distintas, reforçando desta forma a ideia de que o autoestigma é um constructo multidimensional (Lillis, et al., 2010; Link & Phelan, 2001; Bos, et al., 2013).

O WSSQ total, bem como as respetivas subescalas apresentam ainda boa validade convergente e divergente, apresentando correlações no sentido esperado. Deste modo e de acordo com a literatura, os resultados revelaram que o autoestigma relacionado com o peso se encontra associado a pior qualidade de vida (e.g., Lillis et al., 2010) a níveis mais elevados de

psicopatologia (e.g., Durson & Latner, 2008). Por outro lado, os dados demonstram que o autoestigma se associa negativamente com a percepção de felicidade. Neste sentido as mulheres com excesso de peso ou obesidade, que possuem mais autoestigma, tendem a relatar pior qualidade de vida, mais sintomas de ansiedade, depressão e *stress* e reportam serem menos felizes. Efetivamente, alguns autores sugerem que não é só o processo de estigmatização em si, mas sobretudo a forma como as pessoas internalizam crenças e pensamentos estigmatizados, que interfere em diferentes contextos de vida, contribuindo para a redução da qualidade de vida (Puhl & Bronwell, 2003b;2006; Puhl & Heur, 2009). A isto acresce o facto do excesso de peso que origina o estigma relacionado com o peso não poder ser escondido do olhar dos outros (Heshka & Allison, 2001; Puhl & Heur, 2009).

Do mesmo modo, o autoestigma relacionado com o peso encontra-se associado a níveis mais elevados de evitamento experiencial tanto no geral como com o especificamente relacionado com pensamentos e emoções relativas ao peso. Desta forma, os resultados apontam para que mulheres que possuem elevados níveis de autoestigma, tem uma maior tendência para evitar ou suprimir pensamentos ou sentimentos, sobretudo os relacionados com o peso. Na verdade, diversas investigações têm sugerido que o estigma se associa ao evitamento experiencial em diferentes problemas psicológicos e de saúde como o abuso de substâncias, diabetes e obesidade (Gregg, et al, 2007; Lillis, et al., 2009; Luoma, et al., 2008). Neste sentido, a literatura sugere que a maneira como as pessoas lidam com pensamentos estigmatizadores, pode ser a melhor forma de predizer como o estigma pode afetar as suas vidas (Puhl & Bronwell, 2003b; Puhl & Heur, 2009). Assim, torna-se importante reduzir o evitamento experiencial em relação ao peso, uma vez que diversas investigações sugerem que quando as pessoas têm mais flexibilidade psicológica e usam estratégias mais adaptativas para lidar com as suas experiências negativas tendem a cuidar melhor da sua saúde (e.g., Lillis, et al., 2010). Também foi possível verificar na presente investigação que o autoestigma se correlaciona positivamente com a vergonha externa. Estes resultados sugerem que pessoas com níveis mais elevados de autoestigma tendem a perceberem que os outros os avaliam na globalidade de um modo depreciativo.

Na verdade, aos indivíduos com obesidade tendem a ser atribuídas

características negativas como por exemplo, serem considerados mais incapazes, autoindulgentes e menos inteligentes (Friedman et al., 2005; Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009), o que por sua vez pode levar a sentimentos de desesperança, sintomatologia depressiva e isolamento social (e.g., Friedman et al., 2005; Myers & Rosen, 1999; Puhl & Brownell, 2001; 2006).

No que se refere ao comportamento alimentar verificou-se que o WSSQ e as suas subescalas se relacionam de modo positivo e significativo com o comportamento de ingestão alimentar compulsiva e os comportamentos e atitudes alimentares perturbadas. Estudos prévios tinham já demonstrado esta associação entre o estigma internalizado e os comportamentos de ingestão alimentar compulsiva (Durso & Latner, 2008; Durso, et al., 2012).

De um modo geral as duas subescalas do WSSQ relacionaram-se com as variáveis em estudo de modo semelhante, com exceções das associações encontradas em relação ao IMC e vergonha externa, o que parece reforçar o carácter multidimensional do estigma. Relativamente ao IMC, os resultados evidenciam que apenas a subescala da discriminação relacionada com o peso se correlaciona positiva e significativamente com esta variável. Estes resultados não corroboram os dados encontrados na investigação de Lillis e colaboradores (2010) onde surgiram associações positivas e significativas entre o autoestigma e o IMC. No entanto, num outro estudo a associação entre o IMC e o estigma internalizado não se revelou significativa (Durso & Latner, 2008). Deste modo, podemos considerar que esta associação permanece pouco clara, uma vez que os estudos revelam resultados incongruentes. Na presente investigação, a autodesvalorização não se apresenta associada ao valor do IMC. Uma explicação pode ser o facto desta variável depender mais da forma como a pessoa lida com o seu excesso de peso e o que isso implica na sua perceção da avaliação feita pelos outros acerca de si, uma vez que não pode esconder este atributo físico (Heshka & Allison, 2001; Puhl & Heur, 2009), sendo que quanto maior o IMC, mais evidente este se pode tornar.

Do mesmo modo, o fator discriminação relacionado com o peso evidenciou uma correlação mais forte com a vergonha externa do que a outra subescala, a autodesvalorização pelo excesso de peso. Uma possível

explicação para estes resultados é o fato de tanto a vergonha externa como a discriminação sentida em relação ao peso se referirem a situações sociais que dependem em parte da percepção que o sujeito faz da avaliação dos outros, por possuir atributos que podem levar à desaprovação social enquanto a autodesvalorização em relação ao peso diz respeito a uma avaliação do próprio como pertencendo a um grupo estigmatizado.

Por fim, as análises de regressão linear múltipla evidenciaram que o autoestigma e a sintomatologia depressiva são preditores significativos dos comportamentos de ingestão alimentar compulsiva e comportamentos e atitudes alimentares perturbadas, explicando 47% e 36% respetivamente. Nestes modelos o autoestigma revelou-se como sendo o melhor preditor. Estes resultados corroboram os resultados encontrados por Durso e colaboradores (2008; 2012) que demonstraram que autoestigma detém um impacto nos comportamentos de ingestão alimentar compulsiva. Por outro lado, a presente investigação acresce a evidência de que o autoestigma também prediz a severidade da psicopatologia alimentar. Desta forma, os dados encontrados sugerem que as mulheres com excesso de peso que se desvalorizam e que apresentam mais sintomatologia depressiva tendem a evidenciar episódios de ingestão alimentar compulsiva bem como comportamentos e atitudes alimentares perturbadas.

Não obstante a relevância da presente investigação, a mesma encerra em si diversas limitações que importa mencionar. Em primeiro lugar, o facto da amostra ser composta apenas por mulheres e o uso de questionários de autorresposta dificulta a generalização dos dados. Será pertinente também que futuras investigações testem a fidelidade temporal da versão portuguesa desta escala através do teste-reteste, uma vez que dado o carácter transversal da presente investigação, tal não foi possível.

Estudos futuros devem incluir amostras de maiores dimensões e seria interessante realizarem uma análise confirmatória, de modo a verificar a estrutura fatorial obtida. Para além disso, e de modo a que seja possível compreender-se as relações de causalidade e verificar qual o impacto do autoestigma na qualidade de vida e no comportamento alimentar desajustado, são necessários estudos de carácter longitudinal. Uma vez que o WSSQ foi criado de modo a ser um instrumento sensível ao tratamento, seria importante realizar estudos de intervenção que permitam verificar se

efetivamente o instrumento é capaz de distinguir mudanças após o tratamento.

Concluindo, a versão portuguesa do WSSQ revelou boas propriedades psicométricas, permitindo avaliar o autoestigma relacionado com o peso em pessoas com excesso de peso e obesidade de um modo multidimensional. De um modo geral, o autoestigma encontra-se associado ao evitamento experiencial, diminuição da qualidade de vida e percepção de infelicidade. Para além disso, os resultados sugerem que as mulheres com excesso de peso e obesidade, que tem mais autoestigma, tendem a apresentar mais comportamentos alimentares desajustados, incluindo comportamentos de ingestão alimentar compulsiva. Deste modo, este estudo evidencia que a escala do WSSQ demonstra ter importância na prática clínica, sugerindo que as intervenções na obesidade também devem centrar-se na redução do autoestigma.

Bibliografia

- Aardoom, J., Dingemans, A., Slof Op't Landt, M., & Van Furth, E. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, *13*, 305–309.
- Allison, D.B., Basile, V.C., & Yuker, H.E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, *10*, 599–607. doi: 10.1002/1098-108X(199109).
- Andreyeval, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2005). Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995–1996 Through 2004–2006. *Obesity*, *16*, 1129–1134. doi:10.1038/oby.2008.35.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., & Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*, 676-688.
- Bos, A.E., Pryor, J.B., & Reeder, S. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, *35* (1), 1-9 doi: 10.1080/01973533.2012.746147.

- Brown, I., Thompson, J., Tod, A., & Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practice*. 256, 666–672.
- Cohen, J., West, S., & Aiken, L. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.) Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costello, A. & Osborne, J. (2005). Best practices in Exploratory Factor Analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10 (7), 1-9.
- Direcção Geral de Saúde (2005). Programa nacional de combate à obesidade (Circular Normativa Nº: 03/DGCG). Lisboa: DGS, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2013). *The psychometric properties of the Binge Eating Scale in Portuguese samples*. Manuscript in preparation.
- Durso, L.E & Latner, J.D. (2008). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity*.16 (2): 80–86. doi: 10.1038/oby.2008.448.
- Durso, L.E., Latner, J.D., & Hayashi, K. (2012). Perceived Discrimination Is Associated with Binge Eating in a Community Sample of Non- Overweight, Overweight, and Obese Adults. *Obesity Facts*. 5, 869–880.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*. 16, 363–370.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3rd ed)*. Sage.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Physical appearance as a measure of social ranking: The role of a new scale to understand the relationship between weight and dieting. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 55–66. doi:10.1002/cpp.769.
- Forhan, M. & Salas, X. (2013). Inequities in Healthcare: A Review of Bias and Discrimination in Obesity Treatment. *Canadian Journal of Diabetes*. 37, 205-209.
- Friedman, R & Puhl, R. (2012). Rudd Report. Weight Bias. A Social Justice Issue. A Policy Brief. *Yale Food Center for food policy and obesity*. Consultado a 6 de Junho de 2014: www.yaleruddcenter.org

- Friedman, K., Reichmann, S., Contanzo, P., Zelli, A., Ashmore, J., & Musante, G. (2005). Weight Stigmatization and Ideological Beliefs: Relation to Psychological Functioning in Obese Adults. *Obesity Research*, *13*, 907–916. doi: 10.1038/oby.2005.105.
- Heshkal, S., & Allison, D.B. (2001). Is obesity a disease? *International Journal of Obesity*, *25*, 1401–1404.
- Gregg, J.A, Callaghan, G.M, Hayes, S.C, & Glenn-Lawson, J.L. (2007) Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal Consulting Clinical Psychology*, *75*, 336–343.
- Hilbert, A., Braehler, E., Haeuser, W., & Zenger, M. (2013). Weight Bias Internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. doi:10.1002/oby.20561.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons. *Addictive Behaviors*, *7*, 47-55.
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures I. The “Other as Shamer Scale”. *Personality and Individual Differences*, *17*, 713-717.
- Gloster, T., Rhoades, H., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., Wilson, N., & Stanley, M. (2008) Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, *110*, 248–59.
- James, W.P.T., Jackson-Leach, R., & Ni Mhurchu, C., Kalamara, E., Shayeghi, M., Rigby, N.J., Nishida, C., & Rodgers, A. (2004). Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati, M., Lopez A.D., Rodgers A, Murray C.J.L., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: WHO, 1, 497–596.
- Kline, R. (1998). Principles and Practice of Structural Equation Modelling. New York: The Guilford Press.
- Kolotkin, R.L, Meter, K, Williams, G.R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Review*, *2*, 219–229.
- Latner, J.D., Durso, L., & Mond, J. (2012). Health and health-related quality of life among treatment-seeking overweight and obese adults: associations with

- internalized weight bias. *Journal of Eating Disorders*. 1 (3). doi:10.1186/2050-2974-1-3.
- Lillis, J., Luoma, J., Levin, M., & Hayes, S. (2010). Measuring Weight Self-stigma: The Weight Self-Stigma Questionnaire. *Obesity*. 18, 971–976. doi:10.1038/oby.2009.35.
- Lillis J, & Hayes, S.C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 4, 30–40.
- Lillis, J, Hayes S.C., Bunting K, Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Annual Behaviour Medicine*, 37, 58–69. doi:10.1007/s12160-009-9083-x.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Reviews*. 27, 363–85. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- Lovibond, S. & Lovibond, P. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2ª Edição Sydney: Psychology Foundation.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137–155.
- Luoma, J.B, Kohlenberg, B.S, Hayes, S.C, Bunting, K, Rye, A.K. (2008). Reducing selfstigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: model, manual development, and pilot outcomes. *Addict Research and Theory*. 16, 49–165.
- Machado, P. P. P. (2007). Versão Portuguesa do EDE-Q, 5ª edição. Manuscrito não publicado. Universidade do Minho.
- Mannucci, E., Ricca, V., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Travaglini, R., Cabras, P.L., & Rotella, C.M. (1999). Quality of life and overweight: the obesity related well-being (Orwell 97) questionnaire. *Addict Behaviour* 24,345–357.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., & Duarte, C. (2014) Living in the mind of others: The development and confirmatory analysis of the "Other as shamer" brief version (OASB). Submitted manuscript.
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*. 23, 221–230.

- Muennig, P., Lubetkin, E., Jia, H., & Franks, P. (2006). Gender and the Burden of Disease Attributable to Obesity. *American Journal of Public Health*. 96 (9), 1662–1668. doi:10.2105/AJPH.2005.068874.
- Muenning, P. (2008). The body politic: the relationship between stigma and obesity-associated disease. *BMC Public Health*. 8, 128 doi:10.1186/1471-2458-8-128.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2nd Ed.) New York: McGraw Hill.
- Pais- Ribeiro, J. (2012). Validação Transcultural da Escala de Felicidade Subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13 (2), 157 - 168 EISSN - 2182-8407 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças* 5 (2), 229-239. ISSN 1645-0086.
- Pereira & Mateus (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 3, 65-80.
- Puhl, R., & Brownell, K.D. (2001) Bias, discrimination, and obesity. *Obesity*. 9, 788–805. DOI: 10.1038/oby.2001.108.
- 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. & Brownell, K.D. (2003a). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Rev* 4, 213–227.
- Puhl, R. & Brownell, K.D. (2003b) Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behaviors* 4, (1) 53–78.
- Puhl, R.M. & Heuer, C.A., (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity* 17, 941–964. doi:10.1038/oby.2008.636.
- Puhl R, Moss-Racusin CA, Schwartz, M.B. (2007). Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity (Silver Spring)*. 15, 19–23.
- Pinto-Gouveia, J.; Gregório, S.; Dinis, A. & Xavier, A. (2012). Validation of the Portuguese Version of Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 12, 2, 139-156.

- Roehling, M.V. (1999). Weight-based discrimination in employment: psychological and legal aspects. *Personnel Psychology*. 52, 969–1017.
- Silva, I., Pais- Ribeiro, J., Cardoso, H. (2008). Contributo para a adaptação portuguesa de uma escala de avaliação da qualidade de vida específica para doentes com obesidade: a ORWELL-97. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 9 (1), 29-48.
- Tabachnick, B & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics*. New York: Pearson Education Inc.
- Teixeira, M.E., & Budd, F.M. (2010). Obesity stigma: a newly recognized barrier to comprehensive effective type 2 diabetes management. *Journal of American Academy of Nurse Practicioners*. 22, 527–533 doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00551.x.
- Wilson, G.T. & Brownell, K..D. (2002). Behavioral treatment for obesity. In: Fairburn, C. & Brownell, K.D. (eds). *Eating Disorders and Obesity*. Guilford: New York.
- Weineland, S., Lillis, J., & Dahl. (2012). Measuring experiential avoidance in a bariatric surgery population – Psychometric properties of AAQ – W. *Obesity Research & Clinical Practice* 7, (6) 64–475.
- World Health Organization. (2010). *Global status report on noncommunicable diseases* Geneva: WHO. ISBN: 978 92 4 156422 9.
- World Health Organization (2011). *World Health statistics*. França: WHO. ISBN 978 92 4 156419 9.

ANEXO 1

Anexo 1 - Análise das correlações entre as escalas utilizadas e os seus respetivos fatores (n = 249)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1- WSSQ - Discriminação	-														
2- WSSQ - Auto- desvalorização	.65***	-													
3- WSSQ –Total	.91***	.91***	-												
4- BES	.56***	.55***	.61***	-											
5- DASS dep	.44***	.33***	.42***	.53***	-										
6-DASS ans	.26***	.21***	.26***	.41***	.77***	-									
7- DASS <i>stress</i>	.37***	.32***	.38***	.48***	.77***	.70***	-								
8- EDE – Q Total	.55***	.49***	.57***	.56***	.39***	.24***	.33***	-							
9- E. Felicidade	-.37***	-.28***	-.35***	-.39***	-.40***	-.27***	-.26***	-.28***	-						
10- QV total	.66***	.50***	.64***	.53***	.47***	.32***	.40	.68***	-.28***	-					
11- OAS	.57***	.31***	.48***	.42***	.48***	.38***	.43***	.31***	-.36***	.48***	-				
12- AAQ II	.50***	.39***	.49***	.40***	.54***	.37***	.49***	.40***	-.44***	.51***	.47***	-			
13- AAQ W Total	.53***	.55***	.59***	.53***	.33***	.23***	.31***	.56***	-.24***	.58***	.27***	.34***	-		
14- IMC	.19**	.04	.12	.10	.14*	.14*	.07	.07	-.09	.15*	.12	-.01	.20**	-	
15- Idade	-.05	.02	-.02	-.11	-.01	.10	.02	-.03	.	-.07	-.11	-.10	.03	.16*	-