

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

Combater o Estigma de Peso com Informação: Um Estudo Experimental

Carolina Sofia Vicente Lopes

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Sibila Marques, Professora Auxiliar do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025



CIÊNCIAS SOCIAIS  
E HUMANAS

---

Departamento de Psicologia

Combater o Estigma de Peso com Informação: Um Estudo Experimental

Carolina Sofia Vicente Lopes

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Sibila Marques, Professora Auxiliar do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025

*“We need a world that insists upon safety and dignity for all of us - not because we are beautiful, healthy, blameless, exceptional, or beyond reproach, but because we are human beings.”*

— Aubrey Gordon, *What We Don't Talk About When We Talk About Fat*



## **Agradecimento**

Agradeço à Professora Sibila Marques por me ter guiado ao longo deste duro percurso e pela disponibilidade para qualquer dúvida e conselho.

Agradeço aos meus pais por sempre me incentivarem e me lembrarem das minhas forças e capacidades.

Agradeço à minha namorada pelo apoio incansável durante este trabalho, por nunca me deixares desistir e encorajares tanto a trabalhar arduamente como a ter momentos de descanso. Também pelo sacrifício de ler esta dissertação quase tantas vezes como eu.

Agradeço às minhas amigas por sempre me trazerem alegria, mesmo nos dias mais difíceis.

Por fim, agradeço a todos os outros que antes de mim se impulsionaram contra o estigma, a discriminação e a marginalização, e me proporcionaram as bases e faíscas para o meu modesto contributo.



## Resumo

O estigma de peso é intenso e prevalente em várias partes do mundo. Estudos anteriores têm demonstrado redução deste estigma através da diminuição das percepções de controlabilidade do peso e do aumento das de esforço para o controlar, de acordo com a teoria de atribuição de Weiner (Weiner et al., 1988). O presente estudo procurou aplicar estas evidências no combate ao estigma de peso nas redes sociais, através de um estudo experimental. O estudo hipotisa que diminuir as percepções de controlabilidade e aumentar as de esforço, através de uma mensagem para redes sociais, leva a menor estigma de peso, avaliado através de estereótipos de peso negativos e emoções direcionadas a pessoas com mais peso. Os 176 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos ( $M = 39.86$ ,  $DP = 15.36$ ), foram aleatoriamente atribuídos a um de dois grupos. Cerca de metade dos participantes visualizou uma mensagem que incluía informação sobre o peso e saúde, o esforço das pessoas com mais peso para o controlar e fatores que impedem o controlo do peso. Os restantes visualizaram uma mensagem similar somente com informação sobre peso e saúde. Apesar de apenas a manipulação da percepção de esforço ter sido eficaz, a visualização da mensagem experimental levou a menor estigma de peso, nomeadamente menos estereótipos de peso negativos, nojo e, marginalmente, raiva. Conclui-se que a utilização de mensagens com base na teoria de atribuição de Weiner (Weiner et al., 1988) pode ser uma estratégia promissora no combate ao estigma de peso.

Palavras-chave: Estigma de peso, teoria de atribuição, controlabilidade, esforço, redes sociais

Categorias e Códigos de Classificação APA PsycInfo:

3000 Psicologia Social

3360 Psicologia da Saúde e Medicina



## Abstract

Weight stigma is intense and prevalent in various parts of the world. Previous studies have shown a decrease in this stigma through decreased perceptions of weight controllability and increased perceptions of the effort to control it, according to Weiner's attribution theory (Weiner et al., 1988). The present study sought to apply this evidence to combat weight stigma on social media, through an experimental study. The study hypothesizes that decreasing perceptions of weight controllability and increasing perceptions of effort to control it, through a message in social media format, leads to lower weight stigma, assessed through negative weight stereotypes and emotions directed at people with more weight. The 176 participants, aged between 18 and 69 years ( $M = 39.86$ ,  $SD = 15.36$ ), were randomly assigned to one of two groups. About half of the participants viewed a message that included information about weight and health, the effort of people with higher weight to control it and factors that prevent weight control. The other half saw a similar message only with information about weight and health. Although only manipulating the perception of effort was effective, viewing the experimental message led to lower weight stigma, namely fewer negative weight stereotypes, disgust and marginally less anger. It is concluded that the use of messages based on Weiner's attribution theory (Weiner et al., 1988) can be a promising strategy in combating weight stigma.

Keywords: Weight stigma, attribution theory, controllability, effort, social media

APA PsycInfo Classification Categories and Codes:

3000 Social Psychology

3360 Health Psychology & Medicine



# Índice Geral

Agradecimento .....	iii
Resumo.....	v
Abstract .....	vii
Índice Geral .....	ix
Índice de Tabelas.....	xi
Introdução.....	1
CAPÍTULO 1 .....	3
Revisão da Literatura .....	3
1.1. Definição de Estigma de Peso .....	3
1.2. Prevalência do Estigma de Peso .....	4
1.3. Estigma de Peso nas Esferas da Vida Pessoal .....	4
1.3.1. Na Infância e Adolescência .....	4
1.3.2. Esfera Familiar.....	5
1.3.3. Esfera Laboral.....	5
1.3.4. Estigma de Peso nos Meios de Comunicação Social.....	6
1.3.5. Profissionais de Saúde .....	7
1.4. Impacto do Estigma de Peso na Saúde .....	7
1.5. Controlabilidade e Esforço - Teoria da Atribuição de Weiner.....	9
1.6. Obesidade e Fatores Associados – Controlabilidade do Peso Corporal.....	11
1.7. Esforço no Controlo de Peso .....	12
1.8. Combate ao Estigma de Peso.....	13
1.9. Comunicação e Mensagens de Saúde.....	14
1.10. Literatura e Inovação do Presente Estudo .....	15
1.11 O Presente Estudo.....	18
1.12. Objetivos e Hipóteses do Presente Estudo .....	20
CAPÍTULO 2 .....	23
Métodos.....	23
2.1. Participantes e Desenho de Estudo.....	23
2.2. Materiais .....	23
2.2.1. Vinhetas em Formato de Publicação em Redes Sociais .....	24
2.2.2. Crenças de Controlabilidade e Esforço.....	26
2.2.3. Estereótipos de Peso Negativos .....	26

2.2.4. Emoções Direcionadas a Pessoas com Mais Peso .....	26
2.2.5 Informação Sociodemográfica e Informação Complementar .....	26
2.3. Procedimento .....	27
CAPÍTULO 3 .....	29
Resultados .....	29
3.1. Análise Estatística.....	29
3.2. Resultados.....	29
3.2.1. Verificação da Manipulação .....	29
3.2.2 Estereótipos de Peso e Emoções .....	29
3.2.3. Relação entre as Variáveis Estudadas .....	31
3.2.4. Regressão Múltipla e Mediação .....	32
CAPÍTULO 4 .....	35
Discussão.....	35
4.1. Implicações para a Teoria e para a Prática .....	37
4.2. Limitações e Recomendações para Estudos Futuros .....	39
4.3. Conclusões.....	41
Referências Bibliográficas .....	43
Anexos.....	53
Anexo A – Questionário .....	53
Anexo B – Vinhetas Grupo Experimental .....	63
Anexo C – Consentimento informado .....	66
Anexo D – Vinhetas Grupo de Controlo .....	67
Anexo E – <i>Debriefing</i> .....	70
Anexo F – Pressuposto da Normalidade para a realização do Teste <i>t</i> .....	71
I. Teste <i>t</i> para Esforço e Controlo.....	71
II. Teste <i>t</i> para Emoções e Estereótipos de Peso Negativos .....	71
Anexo G – Pressupostos de Regressão Linear Múltipla.....	73

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estereótipos de peso e emoções nos grupos de controlo e experimental.....	31
Tabela 2 - Estatísticas descritivas e correlações.....	32
Tabela 3 - Variável mediadora .....	33
Tabela 4 - Efeito indireto dos grupos nos estereótipos de peso negativos <i>via</i> esforço percebido .....	34



## **Introdução**

Apesar da diminuição marcada de diversos estigmas na sociedade atual, por exemplo do racismo e sexismo, a visão das pessoas com mais peso encontra-se ainda negativa, apresentando diminuições modestas de modo geral (Charlesworth & Banaji, 2022). A maioria das pessoas com mais peso reportam terem experienciado estigma relacionado com o seu peso vindo não só de médicos e colegas, como também de pessoas mais próximas, como a sua família (Puhl et al., 2021). Este estigma pode incluir discriminação, emoções negativas, estereótipos ou exclusão social e pode ser experienciado por pessoas de diferentes pesos, mas é mais frequentemente direcionado para aquelas com mais peso e/ou obesidade (Brown et al., 2022).

Devido à negatividade e prevalência deste estigma, bem como aos diversos impactos na vida das pessoas com mais peso, afetando a sua saúde física e mental (Wu & Berry, 2018), o mesmo deve ser ativamente combatido. Para este fim, o presente estudo procura testar a eficácia de uma mensagem no combate ao estigma de peso, com base na teoria de atribuição de Weiner (Weiner et al., 1988). Pretende, assim, compreender a eficácia de dois componentes, as perceções de controlabilidade de peso e de esforço das pessoas com mais peso para o controlar, na diminuição deste estigma. Também tenciona contribuir para o estudo do estigma de peso em Portugal, atualmente subexplorado.

Este estudo é composto por 4 capítulos: a Revisão de literatura, os Métodos, os Resultados e a Discussão. Deste modo, este trabalho inicia-se, no Capítulo 1, com uma reunião da literatura atual sobre o estigma de peso, incluindo a prevalência e impacto na vida das pessoas com mais peso. De seguida, é abordada uma das teorias mais utilizadas na compreensão e combate a este estigma, a teoria de atribuição de Weiner (Weiner et al., 1988), bem como alguns estudos que a procuraram aplicar. Além disso, inclui uma explicação do proposto no presente estudo, tal como dos objetivos e hipóteses selecionadas. Após esta revisão, no Capítulo 2, são descritos os materiais utilizados e a sua construção, sendo também descrita a amostra recolhida. Já no Capítulo 3 é apresentada a análise estatística realizada, bem como os resultados obtidos. Por fim, no Capítulo 4, realiza-se uma discussão, que inclui as conclusões principais do estudo, limitações e recomendações para estudos futuros.



# CAPÍTULO 1

## Revisão da Literatura

### 1.1. Definição de Estigma de Peso

O estigma é um atributo que diferencia alguém dos outros, generalizando-se a toda a pessoa e desvalorizando-a (Goffman, 1997). Está associado ao desvio do que é percebido como normal ou aceitável em determinada sociedade, podendo ser diferente de acordo com o contexto temporal, espacial e cultural (Goffman, 1997). Quando a marca desvalorizada é o tamanho do corpo do indivíduo este é chamado de estigma de peso (Major & O'Brien, 2005). O estigma de peso, também denominado de *sizeism* ou viés de peso, pode ser definido como um viés contra indivíduos por causa do tamanho do seu corpo (Abrams, 2022). Estes vieses são constituídos por três componentes psicológicos, crenças (estereótipos), afetos (preconceitos emocionais) e comportamentos (discriminação) (Cuddy et al., 2008). Assim, este estigma é composto por estereótipos negativos (i.e., crenças negativas), preconceitos (i.e., afetos negativos), e discriminação (i.e., a maneira como as pessoas agem) para com as pessoas com mais peso (Lima et al., 2017; Vartanian et al., 2013). Pode incluir discriminação, estereótipos ou exclusão social e pode ser experienciado por pessoas de diferentes pesos, mas é mais frequentemente direcionado para aquelas com mais peso e/ou obesidade (Brown et al., 2022).

Goffman (1963) distinguiu 3 tipos de estigma: as deformidades físicas, as falhas de caráter (associadas a pouca força de vontade, desonestidade, etc., inferidos a partir de características pessoais como doenças mentais, aprisionamento, adições, entre outras) e os estigmas tribais (relacionados com a etnia, nação e religião). Em países em que é valorizada a responsabilidade individual, a obesidade é incluída na categoria das deformidades físicas, pois elicit a mesma emoção direcionada a pessoas com deformidades físicas, o nojo, e como uma falha de caráter, já que as pessoas são moralmente desacreditadas, sendo vistas como preguiçosas, com falta de força de vontade, despreocupadas com a sua saúde, entre outros (Major et al., 2018).

Uma meta análise de 2017, de Torres de Lima e colaboradores, reuniu os estereótipos mais frequentemente associados a pessoas com mais peso, como “preguiçosos”, “sem força de vontade”, “pouco atraentes”, “pouco inteligentes”, como tendo “má higiene pessoal”, entre outros, reforçando a desvalorização referida acima.

## **1.2. Prevalência do Estigma de Peso**

O estigma de peso encontra-se entre os últimos estigmas aceitáveis e altamente presentes. Um estudo de Puhl e colaboradores (2021) reuniu 13 996 adultos, participantes no programa de perda de peso “*WW International*” e residentes na Austrália, Canada, França, Alemanha, Reino Unido e Estados Unidos da América, que completaram um questionário online que avaliava a história de experiências de estigma de peso, o início das experiências estigmatizantes e *distress* associado ao estigma em diferentes intervalos temporais e fontes interpessoais desse estigma. Mais de metade dos participantes (55.6–61.3%) reportaram terem experienciado estigma de peso, sendo que os participantes com IMC (Índice de Massa Corporal) mais alto reportaram maior estigmatização que aqueles com IMC menor (Puhl et al., 2021). Em todos os países as experiências estigmatizantes eram mais frequentes na infância, com alto *distress* durante este período de tempo (Puhl et al., 2021). Os participantes reportavam sofrer de estigmatização principalmente por parte de familiares (76.0–87.8%), colegas de turma (72.0–80.9%), médicos (62.6–73.5%), colegas de trabalho (54.1–61.7%) e amigos (48.8–66.2%) (Puhl et al., 2021).

Em 2022, foram analisados os resultados de mais de 7.1 milhões de testes de atitudes implícitas e explícitas de participantes dos EUA do Project Implicit website examinado as tendências de 2007 a 2020 (Charlesworth & Banaji, 2022). As atitudes implícitas relativas ao peso corporal mantiveram-se relativamente estáveis entre 2007 e 2020, tendo apenas sido observado um decréscimo de 1%, mas projeta-se uma futura descida evidenciada pelo decréscimo de 6% de 2017 a 2020 (Charlesworth & Banaji, 2022). As atitudes explícitas contra pessoas com mais peso diminuíram todos os anos apresentando um decréscimo de 31% de 2007 a 2020 (Charlesworth & Banaji, 2022). No entanto, estas atitudes explícitas, direcionadas a pessoa com mais peso, continuam a ser as mais negativas de todas as estudadas, e as implícitas as segundas, atrás apenas das direcionadas a pessoas com deficiência (Charlesworth & Banaji, 2022).

## **1.3. Estigma de Peso nas Esferas da Vida Pessoal**

### **1.3.1. Na Infância e Adolescência**

O estigma de peso entre as crianças e adolescentes é maioritariamente experienciado como vitimização baseada no peso, provocação e intimidação (Pont et al., 2017). No ambiente escolar, o *bullying* baseado no peso está entre as formas mais reportadas de assédio entre os alunos, sendo a forma mais reportada pelas raparigas e a segunda mais reportada pelos rapazes (Pont et al., 2017). Também se observa a visão negativa dos alunos com mais peso através de

comportamento diferenciado relativo a estes, por exemplo, estudantes têm menor probabilidade de oferecer ajuda aos pares se estes tiverem excesso de peso (Pont et al., 2017). Os estereótipos contra alunos com mais peso já estão presentes tão cedo como na pré-escola (Pont et al., 2017). A vitimização devido ao peso não se restringe aos pares, os educadores também podem ser fontes de estigma. Ilustrando esta possibilidade um estudo de Pont e colaboradores (2017) encontrou que os professores têm expectativas mais baixas relativamente a estudantes com obesidade, incluindo expectativas inferiores das suas habilidades físicas, sociais e académicas.

Os pais também foram identificados como uma fonte de estigma. Num estudo recolhido de jovens que participaram num campo de perda de peso nos EUA, 37% reportaram provocação ou *bullying* acerca do seu peso por um dos pais (Pont et al., 2017).

### **1.3.2. Esfera Familiar**

O estigma ocorre na esfera familiar também na idade adulta. Num estudo de comparação multinacional de 2023, este estigma vindo da família, era prevalente (Lawrence et al., 2023). Entre as pessoas que reportavam já ter sofrido de estigma de peso de modo geral, a prevalência variava de 81% na Alemanha a 92% nos Estados Unidos da América, sendo as fontes mais comuns a mãe, seguida do pai e do parceiro/parceira (Lawrence et al., 2023).

### **1.3.3. Esfera Laboral**

Na sua revisão, Roehling (1999) constatou como esta discriminação permeia todas as fases da atividade laboral, nomeadamente na seleção de indivíduos a entrevistar, na contratação, nas promoções e nos despedimentos. Mais recentemente, Vanhove e Gordon (2014) observaram que a discriminação na esfera laboral, relacionada com o salário e o estatuto profissional continua a verificar-se, apesar de diminuição da intensidade do efeito, sendo o tamanho deste efeito maior nas mulheres.

Puhl e King (2013) reuniram diversas evidências de discriminação devido ao peso, com base em meta-análises e estudos de 2009 a 2012, comprovando que diversas formas de discriminação associadas com o peso continuavam presentes. Em comparação com funcionários mais magros e com qualificações idênticas, os funcionários com excesso de peso e com obesidade enfrentam práticas de contratação discriminatórias, são-lhes negadas promoções, enfrentam despedimentos injustos e são estigmatizados por colegas e supervisores devido ao seu peso. Nesse estudo os recrutadores revelam subestimar as capacidades dos indivíduos com obesidade e serem mais propensos a desqualificá-los para a posição que procuravam ocupar (Puhl & King, 2013). Em alguns casos os recrutadores relatam maior disposição para contratar um candidato menos qualificado e mais magro do que um candidato com sobrepeso mais qualificado (Puhl & King, 2013).

#### 1.3.4. Estigma de Peso nos Meios de Comunicação Social

A representação das pessoas com mais peso nos meios de comunicação social, nomeadamente filmes e séries televisivas, também reflete as atitudes negativas direcionadas a pessoas com mais peso. Para começar, as pessoas com mais peso estão menos representadas na televisão e filmes (Greenberg & Worrell, 2005). Num estudo de 2003, das séries televisivas estudadas, apenas 24% eram homens e 13% eram mulheres com excesso de peso ou obesidade. As personagens com mais peso tinham maioritariamente papéis secundários e menos relacionamentos e interações positivas que as mais magras (Greenberg & Worrell, 2005). Para além disso, a frequência de comentários negativos estava positiva e diretamente relacionada com o tamanho do corpo das personagens, adicionalmente, as personagens femininas com mais peso, recebiam mais comentários negativos, do que as mais magras, vindos de homens (Greenberg & Worrell, 2005).

Também nos novos meios de comunicação social se denota este problema, como por exemplo, nas redes sociais. Um estudo de 2016 reuniu todas as publicações na rede social Twitter que continham a palavra “*fat*”, realizadas num período de quatro horas, tendo encontrado 4596 publicações (Lydecker et al., 2016). Destas, 32.09 % eram neutras e 56.57% negativas, reforçando os estereótipos atribuídos a pessoas com mais peso (gulosos, não atraentes, não desejáveis sexualmente, sedentários, preguiçosos e estúpidos) (Lydecker et al., 2016). Outro estudo de 2014 examinou qualitativamente como a obesidade é discutida nas redes sociais e pretendia identificar normas, valores e crenças relacionadas com a obesidade e peso através da análise de interações online (De Brún et al., 2014). Encontraram três grandes temas, dos quais o primeiro se referia às reações e respostas à obesidade e às pessoas com obesidade. Este descrevia a representação consistentemente negativa das características associadas com a obesidade, sendo o excesso de peso descrito como “grotesco”, “repulsivo”, “não atraente” e “nojento”, e indivíduos com excesso de peso sendo descritos como “desleixados”, “*faties*” e “sem autocontrolo nem força de vontade” (De Brún et al., 2014). O segundo tema, designado “estatuto diminuído de pessoas com excesso de peso/obesidade” referiu que a credibilidade e estatuto na sociedade poderá ser prejudicado pela sua aparência como pessoa com mais peso. Surgiu durante interações sobre menor credibilidade em discussões sobre o peso e dieta, bem como em discussões nas quais os julgamentos atribuídos devido ao “rótulo” da obesidade mascara e sobrepõe-se a qualquer outra identidade pessoal ou profissional. Por fim, identificaram o tema da resistência narrativa a uma identidade de excesso de peso/obesidade (De Brún et al., 2014). Os indivíduos frequentemente procuraram implementar estratégias de resistência para evitarem ser categorizados com e distanciam-se do rótulo de obesidade (De

Brún et al., 2014).

### **1.3.5. Profissionais de Saúde**

Outra área bastante documentada é o estigma relacionado com o peso vindo de profissionais de saúde. Uma revisão sistemática de 2021 analisou estudos de 1989 a 2020 e comprovou que o estigma de peso por profissionais de saúde tem sido reportado ao longo destes anos, com diversos profissionais (e.g., médicos, enfermeiros, psicólogos) a demonstrarem atitudes negativas, implícitas e explícitas, direcionadas a pessoas com mais peso (Lawrence et al., 2021).

O estigma de peso no sistema de saúde afeta a qualidade do serviço prestado a pessoas com mais peso, resultando em diversas consequências de saúde negativas. Este impacto na qualidade dos cuidados pode ocorrer por diferentes mecanismos. Os profissionais de saúde frequentemente reportam considerar o paciente como menos provável de aderir aos tratamentos, e explicitamente apoiam a ideia de que estes são preguiçosos e com pouca força de vontade (Phelan et al., 2015). Estas representações podem diminuir as comunicações focadas no paciente uma vez que podem concluir que eles não irão cumprir as recomendações (Phelan et al., 2015). O menor respeito por estes pacientes prediz também menos comunicação afetiva positiva e de informação (Phelan et al., 2015). Estas crenças também podem levar os profissionais de saúde a alocar menos tempo a estes pacientes (Phelan et al., 2015).

Para além das atitudes apresentadas por médicos e outros profissionais de saúde, também as próprias pessoas reportam experiências de estigmatização pelos médicos (Puhl et al., 2021). Um estudo de 2021, com 6 países aplicou questionários online a 13,996 adultos que participavam num programa internacional para gestão de peso procurando averiguar a experiência de estigma de peso (Puhl et al., 2021). Este estudo verificou que das pessoas que já tinham experienciado estigma de peso (56-61%), 66,6% tinham experienciado estigma de peso vindo de médicos (Puhl et al., 2021). Em média, 29% dos participantes em todos os países evitaram visitar o seu médico mesmo quando suspeitavam que o deveriam fazer.

## **1.4. Impacto do Estigma de Peso na Saúde**

Em psicologia social está firmemente estabelecida a ligação entre o estigma e resultados de saúde negativos, estando associado desde a doença física e mental, a menos oportunidades laborais e pobreza (Major & O'Brien, 2005). Experienciar níveis mais elevados de discriminação e maior preocupação com a estigmatização relaciona-se com piores níveis de saúde física autorreportada (Hunger & Major, 2015). Num estudo de 2015 a relação entre IMC e pior saúde autorreportada era completamente explicada pela discriminação e estigma de peso percebidos

(Hunger & Major, 2015). Estas experiências também foram associadas com inflamação sistêmica que é um fator de risco para condições como doenças cardiovasculares e diabetes (Wu & Berry, 2018). Uma maior frequência de experiências de estigma estava associada a maior probabilidade de desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 2 (Wu & Berry, 2018). Em pessoas com excesso de peso ou obesidade e diabetes, estava associada a piores resultados relacionados com esta doença, como níveis mais elevados de *distress* relacionado com a diabetes e pior comportamentos de autocuidados da doença (Potter et al., 2015). Também foi reportada uma associação entre experienciar estigma de peso e o aumento de cortisol e outros indicadores fisiológicos de stress (Wu & Berry, 2018). Pessoas que experienciaram discriminação baseada no seu peso tinham cerca de 60% maior risco de mortalidade, controlando para fatores de risco físicos e psicológicos comuns como IMC, saúde subjetiva, sintomas depressivos, história de tabagismo, entre outros (Sutin et al., 2015). Assim, vários dos riscos associados previamente com o excesso de peso pode em parte estar associados à vivência de estigma de peso (Peterson & Roskos, 2023).

Relativamente aos impactos psicológicos, o estigma de peso está associado a perturbações na alimentação, tanto comportamentos de alimentação compulsiva como de *emotional eating*, a sintomas depressivos e a níveis mais altos de ansiedade (Wu & Berry, 2018). Alta frequência de experiências de estigma de peso está significativamente relacionada com menor autoestima em adultos e a maior insatisfação com a imagem corporal (Wu & Berry, 2018). Nesta mesma revisão também é denotada a relação com outras variáveis de *distress* psicológico como fobia e isolamento social e perturbação de stress pós-traumático (Wu & Berry, 2018).

O efeito deste stress é multidimensional e está associado, por exemplo, a alterações fisiológicas, como mudanças rápidas nos sistemas cardiovasculares, imunitários e endócrinos, associados a respostas constantes de *fight-or-flight*, aumentando o batimento cardíaco e probabilidade da ocorrência de acidente vascular cerebral, mas também a impactos nos comportamentos de saúde como alterações na alimentação, no sono e no uso de substâncias (Larzelere & Jones, 2008). Devido à cronicidade atribuída ao próprio excesso de peso, é de esperar que as pessoas que experienciam estigma venham a sofrer estas consequências do stress, constantemente levando a graves resultados de saúde.

Como acima mencionado, as experiências de estigma aumentam o stress, o que resulta num aumento do consumo alimentar e da secreção de cortisol regida por mecanismos comportamentais, emocionais e fisiológicos, que surgem associados ao ganho de peso e à dificuldade de perder peso (Tomiya, 2014). Por sua vez, estas alterações expõem as pessoas com mais peso a mais estigma. Este “ciclo vicioso” de ganho de peso e estigmatização

sucessiva, é denominado como o ciclo da obesidade e é de especial importância na área da saúde, pois frequentemente, na tentativa de promover saúde, aumenta-se a estigmatização dos indivíduos com mais peso (Atari et al., 2023; Tomiyama, 2014).

### **1.5. Controlabilidade e Esforço - Teoria da Atribuição de Weiner**

Um dos fatores que tem sido estudado no estigma de peso é a controlabilidade do peso, ou seja, a crença de que o peso é maleável e ganhar ou perder peso está dentro do controlo individual. Este fator surge com base na teoria da atribuição de Weiner (Weiner et al., 1988).

A teoria de atribuição de Weiner parte do princípio de que procuramos compreender as causas dos eventos à nossa volta e que aquilo que atribuímos como a causa de certo acontecimento vai impactar as nossas reações a esse acontecimento (Manusov & Spitzberg, 2014). Por exemplo, um aluno que tenha uma boa nota no exame e que atribua a isso a sua alta capacidade irá sentir-se orgulhoso e esperar ter mais sucesso no futuro (Weiner et al., 1988). Esta procura pela causa parece especialmente presente em acontecimentos ou resultados negativos (Weiner et al., 1988). Os estigmas são vistos como resultados indesejados e então procuramos compreender o porquê desse acontecimento (Weiner et al., 1988). Nas pessoas com condições estigmatizadas, como o HIV, ao serem vistas como consequência de comportamentos "desviantes" e indesejados, como por exemplo comportamento sexual, elicitam reações afetivas (e.g., raiva ou pena) e respostas comportamentais (e.g., oferecer ajuda) (Weiner et al., 1988).

Weiner et al. (1988) apontam duas dimensões das causas por detrás do estigma, a controlabilidade e a estabilidade. As perceções dos estigmas podem então variar entre controláveis e incontroláveis, e estáveis e instáveis (Weiner et al., 1988). O consumo de substâncias é considerado controlável e instável, já que existe a crença de que é uma escolha pessoal utilizar substâncias e que pode ser parado a qualquer altura, já o cancro é visto como algo incontrolável e estável estando fora da responsabilidade individual e não podendo ser alterado (Weiner et al., 1988). Por exemplo, nos casos de HIV ou vítimas de violência doméstica, quanto mais responsabilizadas pelos resultados negativos, piores as atitudes contra si ou o seu grupo (Crandall & Reser, 2005). Assim, fica evidente que quando se trata de estigmas sociais a responsabilização pelo estigma piora as atitudes direcionadas à pessoa que possui a marca.

Uma análise sistemática de 2011 concluiu que a atribuição da obesidade a fatores internos controláveis, como ausência de exercício, comer demasiado e pouco autocontrolo eram aqueles mais reportados (Sikorski et al., 2011). Esta ideia de que o peso é causado pela ausência de

esforço para o mudar está intimamente ligada ao estigma e atitudes negativas associadas a pessoas com mais peso. Um estudo multinacional com 2866 indivíduos da Canada, Estados Unidos da América, Islândia e Austrália, identificou que atribuição da obesidade a causas comportamentais, falta de força de vontade e responsabilidade pessoal prediziam estigma de peso mais alto (Puhl et al., 2015). Na literatura acerca do estigma de peso ou viés de peso é amplamente descrita a relação entre responsabilização, atribuições comportamentais da obesidade e falta de força de controlo com estigma mais intenso (Puhl et al., 2015).

Outro fator a que tem sido dada importância na literatura é a perceção do esforço que as pessoas com mais peso exercem para controlar o seu peso. Em estudos anteriores, como por exemplo no estigma direcionado a crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção, foi identificada uma relação entre a perceção do esforço exercido pelas crianças para o controlo dos sintomas e as reações de estigma (Ching et al., 2024). Enquanto as explicações biomédicas levaram a menor culpabilização das crianças com PHDA, do que as explicações sociais, apenas a perceção dos professores relativamente ao esforço destas para melhorarem estava associada a maior intenção de interagir com estas (Ching et al., 2024).

O efeito do esforço percebido é evidente no estudo de Fardouly e Vartanian (2012) que reportou que os participantes avaliaram uma pessoa como mais preguiçosa quando descobriam que perdeu peso através de cirurgia comparativamente com alteração alimentar e exercício (Fardouly & Vartanian, 2012). Dar informação adicional acerca da necessidade de seguir uma dieta rigorosa e regime de exercício para realizar a cirurgia diminuiu as avaliações negativas dos pacientes com cirurgia bariátrica, apesar de, mesmo assim, não serem tão favoráveis como as avaliações daqueles que realizaram exercício físico e dieta sem recorrerem cirurgia (Vartanian & Fardouly, 2014). Outro estudo, examinou a visão de uma pessoa que perdeu peso de acordo com o método usado para tal (Stambush et al., 2016). Estas eram vistas de forma mais negativa quando o método de perda de peso era a utilização de um medicamento e mais positiva quando era exercício físico e dieta (Stambush et al., 2016). Esta relação era mediada pelo esforço percebido para a perda de peso (Stambush et al., 2016). Dois estudos de 2014 e 2016 demonstraram como o esforço percebido para perder peso, através de alimentação e exercício físico, levam a um menor estigma de peso (Beames et al., 2016; Black et al., 2014). Nestes estudos foram manipuladas as crenças de controlabilidade do peso e esforço para perder peso através de transcrições de um *check-up* entre um médico e uma paciente, alterando entre alto e baixa controlabilidade (doença de tiroide controlada por medicação ou não) e alto e baixo esforço (fazia exercício e tinha uma alimentação saudável ou não). Em ambos os estudos o grupo em que o peso não era controlável e o esforço era alto apresentavam menos estigma de

peso, avaliado através dos estereótipos associados à obesidade e emoções direcionadas e pessoas com mais peso (Beames et al., 2016; Black et al., 2014).

## **1.6. Obesidade e Fatores Associados – Controlabilidade do Peso Corporal**

Os fatores associados à obesidade e à sua manutenção são bastante complexos, sendo esta explicada por fatores genéticos, fisiológicos, ambientais, mas também comportamentais (Williams et al., 2015). Existe uma crença partilhada de que os processos de ganho e perda de peso se conseguem resumir a um excedente e déficit calórico (respetivamente), mais especificamente a um aumento ou restrição alimentar e de atividade física (Williams et al., 2015).

Estudos recentes têm demonstrado como o nosso corpo resiste à perda de peso com um ajuste metabólico e/ou mal-estar psicológico que não permite a sustentabilidade ou eficácia deste mecanismo (Martins et al., 2022; Williams et al., 2015). Existem fatores hereditários, que se estimam contribuir cerca de 40% a 70% para o peso, e outros fisiológicos, como a presença de certos micróbios intestinais, em indivíduos com obesidade, que parecem estar associados ao peso corporal (Williams et al., 2015). Apesar de ainda existir alguma incerteza acerca de todos os mecanismos envolvidos no peso, algo que é claro é que é possível perder peso em curto prazo com múltiplas dietas, mas a maioria desse peso é reganhado, na maioria dos indivíduos (Standen & Mann, 2024). Segundo uma das revisões citadas por Standen e Mann (2024), os participantes só conseguiam manter, em média, menos de 1 kg em longo prazo (2 a 5 anos depois), sendo que as pessoas que não adotam dietas nesse mesmo estudo adquiriram, em média, 0,5 kg nesse prazo, o que não é uma diferença de peso considerável, especialmente para as pessoas com obesidade (Tomiya et al., 2013). De acordo com as análises sistemáticas e meta-análises analisadas, Standen e Mann (2024) afirmam que é razoável concluir que o peso não é “controlável”, no sentido em que, perder uma quantidade considerável de peso, e manter essa perda a longo prazo, é a exceção ao padrão típico de voltar a ganhar o peso perdido.

Juntamente com as evidências supramencionadas, é importante ressaltar que a ligação entre a obesidade e a saúde é mais complexa que uma relação direta entre um aumento de peso e uma menor saúde. Medvedyuk e colaboradores (2018) argumentam que o peso corporal tem um menor papel na saúde comparativamente com outros determinantes sociodemográficos. Também ressaltam que o peso impacta a saúde através da estigmatização experienciada pelas pessoas com mais peso. Isto é, os fatores sociodemográficos (e.g., estatuto socioeconómico, desemprego, condições de trabalho adversas) e a estigmatização das pessoas com mais peso

conseguem, por si só, explicar a maioria dos impactos da obesidade na saúde (Medvedyuk et al., 2018). Assim, uma análise da relação individual entre obesidade e saúde não é útil para diminuir os impactos na saúde (Medvedyuk et al., 2018). Para tal, os esforços devem focar-se na diminuição das condições de vida adversas e do estigma, ao invés de uma tentativa de mudança do comportamento individual para a perda de peso (Medvedyuk et al., 2018).

É importante também considerar outros fenômenos, como o que tem sido derogatoriamente chamado de paradoxo da obesidade (Williams et al., 2015). Este descreve que alguns setores da população com mais peso têm menor mortalidade que indivíduos com peso normal, como por exemplo os adultos mais velhos e pessoas com algumas doenças cardiovasculares (Williams et al., 2015). Estas evidências apontam para a importância de um foco na saúde, e não no peso, e de recomendações de saúde individualizadas (Williams et al., 2015). Mais especificamente, e como acima referido, as intervenções devem incidir em melhorias de condições sociais e de vida. A nível individual, as recomendações deveriam ser orientadas para a saúde e desagregadas do peso (e.g., promover exercício como comportamento saudável e não com foco na perda peso) (Tomiyaama et al., 2013). Isto é importante pois as melhorias resultantes dos comportamentos saudáveis (e.g., do exercício físico e da alimentação saudável) não se restringem às pessoas que perdem peso, mas a qualquer pessoa, independentemente do IMC (Tomiyaama et al., 2013; Westbury et al., 2023).

### **1.7. Esforço no Controlo de Peso**

Existe uma discrepância entre as tentativas de controlo de peso e o esforço reportado entre pessoas com mais peso e as restantes. Um artigo que reuniu narrativas de três pessoas com obesidade e entrevistas semi-estruturadas, com 60 jovens (potenciais estigmatizadores), ilustrou esta diferença (Rodhain & Gourmelen, 2018). Por um lado, as pessoas com mais peso reportaram esforços ativos que se iniciaram vários anos antes quando se aperceberam que tinham um “problema” (Rodhain & Gourmelen, 2018). Por outro lado, os jovens percecionavam evitamento do problema pelas pessoas com obesidade, descrevendo as pessoas com obesidade como preguiçosas, indicando que estas não adaptavam a sua dieta e exercício físico. Nenhum dos participantes parecia conceber que uma pessoa com obesidade pudesse exercitar, comer pequenas porções saudáveis e fazer dietas, não estando cientes do quão difícil, e potencialmente ineficaz, a longo prazo são as dietas (Rodhain & Gourmelen, 2018).

Esta visão alimenta a ideia de que as pessoas com mais peso não se esforçam para controlar o seu peso ou saúde. Uma revisão sistemática de 2017 com 78 estudos encontrou uma relação

positiva entre considerar ter excesso de peso e tentar perder peso apesar de existir associação de estratégias de perda de peso saudáveis e não saudáveis, podendo também estar associado a alimentação perturbada (Haynes et al., 2017). Apesar destas tentativas, o estudo também encontrou evidência longitudinal que sugere que a percepção de ter excesso de peso prediz aumento de peso com o tempo, apesar das tentativas de perder peso (Haynes et al., 2017). Uma meta-análise de 2017, também observou que as tentativas de perda de peso são significativamente mais altas na população com obesidade e excesso de peso (Santos et al., 2017). Numa amostra de 6910 pessoas nos Estados Unidos da América, 78% dos participantes com obesidade e 65% daqueles com excesso de peso reportaram estar a tentar perder peso no presente, comparativamente com cerca de 45% no grupo com peso normal, o que, mais uma vez, contradiz o estereótipo comum de que as pessoas com mais peso simplesmente não tentam mudar a sua condição (Santos et al., 2017). Em Portugal, a prevalência de tentativas de controlo de peso também é bastante superior na população com pré-obesidade e obesidade, demonstrando como as pessoas com mais peso realmente são aquelas que mais esforçam para controlar o seu peso (Santos et al., 2015). A prevalência de tentativas de controlo de peso (tentar perder ou manter o peso) reportada pelos homens com peso normal era de 27.1% enquanto em homens com pré-obesidade e obesidade era de 45.2% e de 53.7% respetivamente (Santos et al., 2015). Já nas mulheres com peso normal a prevalência era de 49.1%, e nas mulheres com pré-obesidade e obesidade esta prevalência subia para 64.9% e de 70.3% respetivamente (Santos et al., 2015).

## **1.8. Combate ao Estigma de Peso**

O tema e a missão do 11º congresso anual do estigma de peso, “*From weight stigma to weight inclusiveness and liberation*”, procuram focar a importância de redirecionar os estudos da descrição e compreensão da extensão deste problema para a procurar como o resolver ou mitigar eficazmente (The Weight Stigma Conference, sem data). Já existem algumas recomendações para como podemos começar a combater o estigma de peso. Um grupo multidisciplinar de *experts*, no artigo “*Joint international consensus statement for ending stigma of obesity*”, indicou que consciencializar o público não é suficiente e que é necessário alterar as crenças partilhadas de modo a serem coerentes com a evidência atual sobre a obesidade, modificando a narrativa que a rodeia e acerca dos mecanismos que regulam o peso corporal (Rubino et al., 2020). Mais recentemente, também foram desenvolvidos protocolos para o desenvolvimento de intervenções no combate ao estigma de peso. Duarte e Queiroz (2024) indicaram que, para agir

nos fatores macrossociais, de modo a diminuir este estigma, seria necessário alterar a narrativa pública que é inconsistente com a atual evidência científica através de diversas estratégias, entre elas a educação acerca da etiologia multifatorial da obesidade.

## **1.9. Comunicação e Mensagens de Saúde**

Em 2024, 88.5% da população residente em Portugal, dos 16 aos 74 anos, utilizou a internet nos 3 meses anteriores à entrevista dos censos, e desta população 79.6% participaram em redes sociais (Instituto Nacional de Estatística, 2024). Uma componente significativa da população portuguesa está presente nas redes sociais, surgindo como uma forma importante de conectar e transmitir informação.

A comunicação de saúde pode ser definida como uma área de pesquisa e prática multifacetada e multidisciplinar que se ocupa de aceder a diferentes populações para partilhar informação de saúde, ideias e métodos com o objetivo de influenciar, envolver, empoderar e apoiar indivíduos e comunidades (Schiavo, 2014). O objetivo é que estes apoiem, adotem ou sustentem um comportamento social ou de saúde, prática profissional ou políticas para melhorar os resultados de saúde individual, comunitária e pública (Schiavo, 2014). A comunicação pode ser utilizada para aumentar conhecimento sobre determinada questão ou problema de saúde, refutar mitos e crenças erróneas e influenciar perceções e crenças, chegando a uma grande quantidade de pessoas, sendo um método útil para a alteração de narrativas partilhadas (National Cancer Institute, sem data).

É importante assegurar que as mensagens utilizadas em comunicação de saúde e científica são apresentadas de forma a transmitir a informação desejada e evitar outros efeitos secundários. Para tal, as mensagens devem de ter em consideração as linhas orientadoras já pré-testadas como eficazes nesta área. A comunicação para a saúde contempla múltiplas teorias para alterar crenças e comportamentos de saúde, como as teorias de comunicação nos novos meios de comunicação social, que procuram a utilização de meios de comunicação social culturalmente competente e apropriado para as diferentes audiências através de, entre outros canais de comunicação, as redes sociais, para colocar uma questão de saúde na agenda pública, aumentar a consciência sobre problemas, as suas causas e fatores de risco, bem como apresentar soluções (Schiavo, 2014). Alguns fatores que influenciam a perceção do público e uso dos novos meios de comunicação social são o conteúdo e complexidade da mensagem, a literacia de saúde, as atitudes dos utilizadores direcionadas à tecnologia e literacia dos novos meios de comunicação social, a frequência do uso da média específica nos grupos-alvo, o formato, o

estilo de apresentação e a atratividade visual, por exemplo (Schiavo, 2014). Uma vez que a literacia de saúde se refere à capacidade de obter, processar e compreender informação básica de saúde e de serviços necessários para fazer decisões de saúde apropriadas é recomendado tornar o nível de leitura mais acessível, facilitar aprendizagem hierárquica (ou seja, para se obter novos conhecimentos é primeiro necessário aprender informação base anterior a esta) e permitir repetição na leitura (Jensen, 2012).

O Frameworks Institute é uma organização que partilha evidências e recomendações para comunicação social, de saúde e científica com base em ciências e movimentos sociais para a criação de comunicações eficazes. Esta organização descreve elementos essenciais no *framing* do tópico e apresentação que contribuem para a eficácia da mensagem. Entre as suas recomendações indicam doze elementos importantes a considerar na construção de mensagens e comunicações, entre os quais: contexto, cadeias explicativas, os mensageiros, a narrativa, números e tom (Frameworks Institute, 2020). O Frameworks Institute também apresenta recomendações específicas para comunicações de saúde alertando, entre outras sugestões para a importância de tornar os componentes chave, ou seja, os determinantes sociais da saúde acessíveis, uma vez que são essenciais para a compreensão do papel de política e saúde pública (Frameworks Institute, sem data).

É importante ter em consideração que nenhuma mensagem de saúde ou campanha de diminuição de estigma isolada consegue resolver um problema multifatorial, complexo e enraizado como o do estigma de peso. Assim o estudo presente, foca-se em assegurar a eficácia de uma mensagem de saúde para diminuir, mesmo que em pequena quantidade, este estigma. Isto, de modo a permitir, chegando a um grande número de pessoas e através da exposição contínua a estes argumentos, desconstruir as narrativas incoerentes com a evidência científica atual sobre o peso e as pessoas com mais peso. Podendo assim, gradualmente, diminuir o estigma e os impactos na vida daqueles por este afetados.

### **1.10. Literatura e Inovação do Presente Estudo**

Como previamente referido, alguns estudos anteriores reportaram a associação entre crenças de controlabilidade e o estigma de peso (e.g., Pearl & Lebowitz, 2014; Puhl et al., 2015; Rodhain & Gourmelen, 2018). Com base no encontrado, foram desenvolvidas intervenções de combate ao estigma. A meta-análise de Duarte e Queiroz (2022) reuniu múltiplas intervenções que pretendiam diminuir o estigma da obesidade. Uma parte das intervenções selecionadas focaram o determinismo genético da obesidade e informação sobre determinantes ambientais e sociais

desta, ou seja, fatores não controláveis. Estas intervenções apresentaram resultados mistos, quatro obtiveram efeitos positivos (i.e., menor estigma), duas não encontraram efeito, e num dos estudos composto por duas intervenções, em estudantes universitários e população geral, foi eficaz nos primeiros e não nos segundos. No estudo de Persky e Eccleston (2011) estudantes de medicina obtiveram informação sobre o papel da genética no peso em formato de artigo científico, os participantes que receberam essa informação indicaram que a genética era responsável por causar uma maior percentagem de peso. Noutra estudo, os participantes leram informação em formato de notícia com uma de três explicações para a obesidade: socioambiental, responsabilidade individual e genética (Luck-Sikorski et al., 2017). As atitudes negativas e a culpa não foram associadas a nenhuma das manipulações, mas sim às crenças pessoais (Luck-Sikorski et al., 2017). Apesar disso, o grupo da condição de responsabilidade individual demonstrou significativamente maiores crenças pessoais de que a obesidade é resultado de comportamento individual, do que no grupo das explicações genéticas (Luck-Sikorski et al., 2017). Para além disso, introduzindo um grupo neutro, os participantes no grupo das explicações genéticas indicavam maior proporção de crenças pessoais no papel da genética comparativamente com todos os outros (Luck-Sikorski et al., 2017). Ainda assim, outros estudos e intervenções, orientados pela teoria da atribuição, tiveram efeitos positivos. Brochu (2020) testou a eficácia de uma intervenção educacional, baseada na teoria de atribuição, para diminuir o viés de peso em estagiários de psicologia clínica. Esta intervenção consistiu num seminário em que foram apresentadas informações que desafiavam mitos sobre peso e saúde, elucidavam a prevalência e os danos do viés de peso e forneciam recomendações para mudar o foco do peso, e da perda de peso, para a saúde e o bem-estar. Brochu (2020) observou significativamente menores atitudes contra pessoas com mais peso na avaliação pós seminário comparativamente com a pré seminário. Para além disso, a intervenção resultou em menores crenças de controlabilidade do peso, que mediam totalmente a relação observada entre o pré e pós seminário e a diminuição das atitudes contra as pessoas com mais peso. Parte das intervenções anteriores direccionou-se a estudantes de medicina ou de psicologia, bem como à população geral. Aqueles direccionados à população geral, como o presente estudo, recorreram, maioritariamente, à leitura de informação (e.g., notícias sobre causas de obesidade) e um incluía informação audiovisual e reflexão orientada.

Além disso, e como mencionado anteriormente, foi também identificada uma relação entre a percepção do esforço para controlar o peso e o estigma de peso (Beames et al., 2016; Black et al., 2014; Fardouly & Vartanian, 2012; Vartanian & Fardouly, 2014). As diferentes formas de perda de peso, associadas a mais ou menos esforço, levam a diferentes intensidades de estigma

de peso (nomeadamente, mais estigma quando as pessoas perdem peso através de cirurgia do que através de dieta e exercício) (Fardouly & Vartanian, 2012). Os autores denotaram que fornecer informação sobre a necessidade de mudanças comportamentais, ou seja, o esforço necessário para a realização da cirurgia, diminuía o estigma (Vartanian & Fardouly, 2014).

Assim, Black e colaboradores (2014) procuraram estudar a ação conjunta da manipulação destas crenças de controlabilidade e esforço no estigma de peso (medido através de uma escala de estereótipos de peso negativos e das emoções pena, nojo e raiva direcionadas a pessoas com mais peso) através da avaliação de uma pessoa com obesidade. Especificamente, manipularam ambas a capacidade de perder peso (controlabilidade de *onset*: peso controlável vs. peso incontrollável no presente) e o esforço individual para perder peso (esforço de *offset*: sem esforço vs. alto esforço).

Neste estudo, os participantes visualizaram uma foto de uma paciente e leram breves notas descrevendo informações demográficas básicas (por exemplo, data de nascimento, estado civil, ocupação) e informações de saúde (por exemplo, altura, peso, pressão arterial) (Black et al., 2014). Além disso, o seu IMC e rótulo descritivo relacionado foram fornecidos nas notas de resumo do paciente que diziam "IMC: 31,6 (Obesa)". Leram de seguida uma transcrição descrevendo uma interação entre o médico e a paciente. Na transcrição, a paciente afirmou que estava na consulta para um *check-up* de rotina seguindo-se uma discussão sobre a sua história social, médica e médica familiar, bem como da medicação usada, dieta e padrões de exercício físico. Em todas as condições, a causa da obesidade foi descrita como sendo devido a uma tiroide hipoativa (ou seja, a obesidade sempre foi retratada com *onset* incontrollável). A controlabilidade do *offset* (i.e., para perder peso) foi manipulada através da indicação de que a medicação usada para controlar o problema da tiroide da paciente tinha sido bem-sucedida (peso controlável) ou malsucedida (peso incontrollável). O esforço de *offset* (i.e., para perder peso) foi manipulado variando a quantidade de esforço que a paciente investiu na manutenção de um peso corporal saudável através de escolhas de estilo de vida. Na condição de alto esforço a participante relatava realizar refeições saudáveis, minimizar o consumo de lanches, sobremesas e bebidas altamente calóricas, e praticar atividade física regular, já na condição de ausência de esforço relatava comer refeições relativamente pouco saudáveis, bem como lanches frequentes, sobremesas e bebidas altamente calóricas, enquanto praticava atividade física mínima. Este estudo utilizou um *design* 2 (peso controlável, peso incontrollável) x 2 (alto esforço, ausência de esforço), formando, assim, 4 grupos.

Relativamente aos estereótipos de peso negativos, foi encontrado um efeito principal do esforço. Assim, os alvos na condição de alto esforço foram avaliados com menos estereótipos

de peso negativos, comparativamente com os de baixo esforço. Apesar de não ter sido encontrado efeito principal da controlabilidade nos estereótipos, foi encontrado um efeito de interação entre o esforço e a controlabilidade, com menos estereótipos a ser direcionados ao alvo de alto esforço e baixa controlabilidade, comparativamente com os outros três alvos.

As análises para a pena encontraram apenas um efeito principal da controlabilidade, sendo que este só foi significativo na condição de alto esforço. Assim, foi reportada mais pena direcionada ao alvo de baixa controlabilidade e alto esforço. Foi também encontrado um efeito principal do esforço no nojo, com os participantes a indicarem significativamente menor nojo no grupo de alto esforço comparativamente com o grupo de baixo esforço. Por fim, foi observado um efeito aditivo, com maior reporte de nojo direcionado ao alvo de baixo esforço e peso controlável e menor reporte de nojo direcionado ao alvo de alto esforço e peso incontrolável. A análise da raiva não pôde ser conduzida devido a poucos participantes indicarem qualquer raiva.

Com base nestes resultados, é possível refletir que a condição menos estigmatizante foi aquela que reuniu alto esforço e peso incontrolável.

## **1.11 O Presente Estudo**

Deste modo, o presente estudo procura replicar os resultados acima apresentados no contexto português, alterando o material usada na manipulação para uma mensagem de saúde.

Isto posto, o presente estudo será o primeiro, do nosso conhecimento, a aplicar as evidências acima referidas no combate ao estigma de peso através de uma mensagem para as redes sociais, baseando-se na teoria da atribuição de Weiner (Weiner et al., 1988). Assim, não procura compreender o impacto separado do esforço e da controlabilidade, mas sim tentar criar uma mensagem baseada nestes resultados que seja eficaz na diminuição do estigma de peso. Deste modo, procura então perceber se estas evidências seriam aplicáveis à diminuição do estigma de peso num contexto mais próximo do real, isto é, um contexto com o qual a população em geral se pode deparar.

Adicionalmente, o presente estudo opta pela utilização de uma única mensagem que agrega argumentos que procuram diminuir as crenças de controlabilidade e aumentar as de esforço, sem introduzir um grupo de comparação com alta controlabilidade e baixo esforço. Isto deve-se a três razões. Primeiro, porque o material é composto por informação factual e cientificamente baseada acerca da obesidade, pelo que apresentar informação contrária ao consenso científico atual não poderia ser incluído numa mensagem de saúde. Segundo, porque

não seria ético promover uma maior estigmatização das pessoas com mais peso, através de uma mensagem cujo formato a mostra como factual e fidedigna, podendo levar a piores atitudes face à população que visamos proteger. Por último, porque o estudo atual procura compreender se seria possível diminuir o estigma direcionado a pessoas com mais peso através de uma mensagem de saúde para as redes sociais. Deste modo, a mensagem deveria ser o mais completa e congruente possível, para assegurar a eficácia deste método, seguindo uma ordem lógica e argumentos convincentes. Assim, de modo a procurar obter a maior eficácia e realismo da mensagem, ambos os fatores serão manipulados em conjunto, uma vez que o grupo com essa combinação (i.e., baixa perceção de controlabilidade e alto esforço), obteve menores valores de estigma (i.e., menos estereótipos negativos e emoções negativas reportados) no estudo de Black e colaboradores (2014).

O estudo também procura contribuir para o estudo do estigma de peso em Portugal que se encontra atualmente subexplorado. Estudos anteriores em Portugal têm focado a compreensão dos impactos do estigma internalizado na vida das pessoas (e.g., ligação com comportamentos alimentares não saudáveis e qualidade de vida) (Figueiras, 2023; Oliveira, 2014; Palmeira et al., 2016, 2018; Palmeira, Pinto-Gouveia, Cunha, & Carvalho, 2017; Paulino, 2023), e o desenvolvimento e estudo de uma intervenção para o diminuir (Programa Kg-Free) (Palmeira, 2017; Palmeira et al., 2019; Palmeira et al., 2017). Outro estudo, procurou comparar o estigma percebido por pacientes candidatos a cirurgia para a obesidade e aqueles que já a realizaram (Pais-Ribeiro et al., 2009). Deste modo, este será o primeiro estudo, do nosso conhecimento, que procura estudar e reduzir o estigma de peso direcionado às pessoas com mais peso em Portugal, sendo assim inovador.

Além disso, o presente estudo pretende contribuir para a compreensão da relação dos fatores sociodemográficos, como por exemplo o género do perpetrador e o grupo étnico a que pertence, com o estigma de peso.

No que toca ao género, estudos anteriores têm encontrado diferenças, com homens a reportar maiores atitudes estigmatizantes do que as mulheres (Elran-Barak & Bar-Anan, 2018; Luck-Sikorski et al., 2017).

Cain (2024) refere a importância de questionar acerca da perceção de categoria de peso, uma vez que, pessoas que se compreendem como tendo mais peso respondem às questões relacionadas com o estigma de peso não só sobre os outros, mas também sobre si próprias. Isto pode levar a um efeito da sua categorização nas respostas, por exemplo, como já tem sido identificado em algumas respostas ao *Fat Attitudes Assessment Toolkit* (FAAT) que mostram diferenças significativas dependendo de como o participante se identifica (Cain, 2024).

Também a habilitação mais alta adquirida surgiu na literatura como fator relevante. Uma intervenção de Hilbert (2016), apenas foi eficaz no grupo com habilitações mais altas (estudantes universitários), mesmo com adequação da linguagem para reduzir o nível de complexidade do conteúdo científico.

O grupo étnico a que os participantes consideram pertencer poderá afetar o estigma de peso. Lippa e Sanderson (2012) encontraram maior estigma de peso nos participantes identificados como brancos e asiáticos comparativamente com aqueles hispânicos ou afro-americanos. Por outro lado, Himmelstein e colegas (2017) não encontraram diferenças significativas no estigma de peso de acordo com o grupo ao qual os participantes pertenciam.

Os membros da família e os amigos surgem como potenciais fontes de estigma para as pessoas com mais peso (Lawrence et al., 2023; Puhl, Lessard, Pearl, et al., 2021). Ainda assim, é possível que o contacto e relação com pessoas com mais peso possa estar associado a menor estigma.

Com base nestas evidências estes fatores serão de interesse para o presente estudo.

## **1.12. Objetivos e Hipóteses do Presente Estudo**

As evidências supramencionadas salientam o papel das crenças de controlabilidade do peso e do esforço para perder peso no estigma, a discrepância entre o esforço reportado pelas pessoas com mais peso e o percebido pelo resto da população, e as recomendações de experts e entidades listadas que procuram combater o estigma. Assim o presente estudo propõe o teste de uma mensagem para redes sociais com os objetivos de diminuir o estigma de peso, avaliado através de dois dos seus componentes, os estereótipos de peso negativos e emoções direcionadas a pessoas com mais peso, e validar se a ligação deste estigma com as crenças de controlabilidade do peso e o esforço se verifica numa amostra da população portuguesa.

Deste modo o estudo coloca as seguintes hipóteses experimentais:

**H1:** A exposição à mensagem experimental vai estar associada a menores crenças de controlabilidade do peso (H1a) e maior perceção de esforço (H1b) das pessoas com mais peso para o controlarem.

**H2:** A exposição à mensagem experimental vai estar associada a menores estereótipos de peso negativos (H2a), menor raiva (H2b) e nojo (H2c) e maior pena (H2d) direcionados a pessoas com mais peso.

**H3:** O esforço irá mediar a relação entre a exposição à mensagem experimental e os estereótipos (H3a), a raiva (H3b), o nojo (H3c) e a pena (H3d).

**H4:** A controlabilidade irá mediar a relação entre a exposição à mensagem experimental e os estereótipos (H4a), a raiva (H4b), o nojo (H4c) e a pena (H4d).



## CAPÍTULO 2

### Métodos

#### 2.1. Participantes e Desenho de Estudo

Acederam ao questionário online 231 participantes (Anexo A), tendo sido removidos aqueles que não completaram o questionário ( $n = 55$ ). No final, ficaram 176 participantes, com idades entre os 18 e 69 anos ( $M = 39.86$ ,  $SD = 15.36$ ). A maioria dos participantes identificavam-se como do género feminino ( $n = 131$ ) e como pessoas brancas ( $n = 163$ ), a habilitação mais alta adquirida mais frequentemente foi a licenciatura ou bacharelato ( $n = 96$ ), seguida do mestrado ( $n = 42$ ).

Este trabalho consiste num estudo experimental no qual os participantes foram distribuídos aleatoriamente por 2 condições, uma experimental ( $n = 87$  após limpeza da base de dados), de baixa controlabilidade e alto esforço, e uma neutra ( $n = 89$  após limpeza da base de dados), sem manipulação destes fatores.

Não houve diferenças significativas entre os grupos experimental e de controlo relativamente à idade ( $t(171) = -0.82$ ,  $p = .42$ ), género ( $t(173) = -0.13$ ,  $p = .9$ ), ter familiares com excesso de peso ( $t(173) = 0.22$ ,  $p = .83$ ) e ter amigos com excesso de peso ( $t(171.5) = -0.98$ ,  $p = .33$ ). Também, não houve diferenças significativas na distribuição de participantes de acordo com a categoria de peso a que consideram pertencer ( $X^2_{(3)} = 1.81$ ,  $p = .61$ ).

Relativamente à perceção dos participantes das mensagens em estudo e ao uso das redes sociais para aumentar o conhecimento sobre a saúde, de modo geral, foram reportadas opiniões positivas. A maioria dos participantes concordou, parcial ou totalmente (48.3% e 45.5% respetivamente, ou seja, no total 93.8% da amostra), que as redes sociais podem ser úteis para aumentar os conhecimentos sobre saúde. Adicionalmente, concordam, parcial ou totalmente (28.4% e 32.4%, respetivamente, isto é, um total de 60.8% dos participantes), que acompanham contas nas redes sociais que promovem uma vida saudável, comportamentos saudáveis ou dão informação sobre saúde. Para além disso, a maioria dos participantes concordou, parcial ou totalmente (40.9% e 40.3%, respetivamente, ou seja, no total 81.2% da amostra), que a mensagem apresentada aumenta o conhecimento. Mais especificamente, no grupo experimental, a maioria concordou, parcial ou totalmente (39.1% e 43.7%, respetivamente, ou seja, no total 82.8% dos participantes), que a mensagem aumenta o conhecimento.

#### 2.2. Materiais

### **2.2.1. Vinhetas em Formato de Publicação em Redes Sociais**

Foram apresentadas 2 vinhetas com formato de publicação de redes sociais (e.g., formato de publicação no Facebook ou Instagram) sobre saúde e peso.

No grupo experimental estas incluem informação sobre a controlabilidade do peso, sobre o esforço das pessoas com mais peso para o controlar e informação descritiva sobre peso e saúde (Anexo B).

A informação de controlabilidade apresentada referiu a influência da genética no peso, bem como de outros fatores ambientais e psicológicos, como o sono e o stress (World Obesity Day, sem data-b, sem data-a). O conteúdo selecionado baseou-se nos estudos que constaram a informação sobre o papel da genética e fatores ambientais do peso na diminuição das crenças de controlabilidade do peso (Luck-Sikorski et al., 2017; Persky & Eccleston, 2011).

A informação de esforço apresentada consistiu na prevalência de tentativas de perda de peso por pessoas com obesidade, bem como os comportamentos utilizados para tal, nomeadamente exercício físico e uma alimentação saudável (Lemon et al., 2009; Santos et al., 2015). A apresentação desta informação seguiu as manipulações de esforço dos estudos de Beames e colaboradores (2016) e Black e colaboradores (2014). Nestes foi apresentada informação acerca do esforço realizado pelos pacientes para a manutenção de um peso saudável através de uma alimentação saudável e a prática de exercício físico.

As mensagens também incluíam informação comum com o grupo de controlo, nomeadamente, índice de massa corporal e categorias de peso, bem como a ligação entre peso e saúde (Dixon, 2010; Instituto Nacional de Estatística, 2020; Jan & Weir, 2021).

Ao grupo de controlo foi apresentada uma publicação de formato idêntico com a informação descritiva acima referida, de forma mais extensa, e dados de prevalência de obesidade no mundo e em Portugal (Dixon, 2010; Instituto Nacional de Estatística, 2020; Jan & Weir, 2021; World Health Organization (WHO), 2024), sem inclusão de informação de controlabilidade e esforço.

Para a construção destes materiais foram seguidas as recomendações do *Center for Health Communication* da Universidade de Harvard para uma comunicação mais clara (Harvard T.H. Chan School of Public Health, sem data). Procurou-se, assim, diminuir a quantidade de palavras longas ou jargão, incluir uma mensagem principal (não apelando à ação para evitar influenciar as manipulações, apesar de ser uma recomendação) e usar palavras-chave que as pessoas pesquisam (e.g., obesidade, saúde e atividade física) (Mendez, sem data-b). Também se utilizou imagens e linguagem inclusiva, nomeadamente utilizando imagens que retratam experiências de saúde diversas (e.g., pessoa com mais peso com roupa de desporto e a sorrir) e evitando

termos estigmatizantes, preferindo termos como “pessoa com obesidade” ao invés de “pessoa obesa” (Mendez, sem data-a). Apesar das indicações para a utilização de linguagem não patologizante, como “pessoa com mais peso”, o material incluiu linguagem reconhecível para o público e similar àquela utilizada nos artigos dos quais foi retirada a informação (American Psychological Association, 2023; Mendez, sem data-b). Deste modo, foi necessário encontrar um equilíbrio entre estas recomendações.

Como referido anteriormente, também foram considerados os elementos essenciais de *framing* identificados pelo Frameworks Institute (2020), mais especificamente, o contexto, os números e os visuais. A procura por iluminar outros fatores que não os comportamentais (e.g., importância da genética, mas também de situações de vida que aumentam o stress para o peso) refletem uma contextualização do problema (Frameworks Institute, 2020). Ressalta-se também a utilização de números para apoiar um argumento explícito, por exemplo, ao referir que não é verdade que as pessoas com mais peso não se esforçam para o controlar, pois 78% das pessoas com obesidade o fazem, ajudando na quantificação da situação (Frameworks Institute, 2020). Recorreu-se ainda ao uso de elementos visuais para ilustrar que as pessoas com mais peso se esforçam para controlar o seu peso, auxiliando a compreensão e o processamento da informação dada (Frameworks Institute, 2020).

Apesar da importância das soluções e tom aspiracional neste tipo de comunicação, no presente estudo foram cortadas as mensagens que apelavam a mudanças políticas, como o acesso a espaços verdes, tempo livre para lazer e para a adoção de um estilo de vida saudável, bem como assegurar um preço acessível dos alimentos saudáveis (Frameworks Institute, 2020). Esta decisão deveu-se à necessidade de manter um formato e tamanho similar das mensagens entre os dois grupos, de modo a garantir que o apelo na mensagem do grupo de controlo não influenciasse a manipulação. Isto pois, incluir um apelo a mudanças políticas/sociais/comportamentais, faria com que a mensagem do grupo de controlo deixasse de ser neutra, podendo alterar as crenças de controlabilidade e esforço em estudo.

O material foi pré-testado antes da sua aplicação. Para tal foram contactados, inicialmente, 4 pessoas que estariam interessadas em ajudar a compreender a qualidade e utilidade dos materiais criados para um certo estudo. Estas foram informadas que iriam visualizar vinhetas para um estudo e responder a um curto questionário, tendo a oportunidade de darem a sua opinião acerca dos materiais, e que a informação preenchida acerca deste material (i.e., interesse em informação de saúde nas redes sociais e verificação da manipulação da controlabilidade do peso e esforço para o controlar) iriam ser observadas para melhoria destes. Após a realização destas reuniões foi compreendido que era necessário reforçar a mensagem de esforço. Após a

alteração, foram contactadas mais 4 pessoas com o mesmo procedimento e, após estes testes, as manipulações de esforço e controlabilidade foram eficazes, sendo estes materiais aceites para prosseguir para o estudo.

### **2.2.2. Crenças de Controlabilidade e Esforço**

De modo a verificar a manipulação da percepção de controlo de peso, os participantes avaliaram, de (1) controlo completo a (5) nenhum controlo, o quanto consideravam que o peso corporal está dentro do controlo pessoal. Para verificar a manipulação da percepção de esforço, avaliaram, de (1) discordo totalmente a (5) concordo totalmente, quanto esforço percecionavam ser feito pelas pessoas com mais peso para o controlar. Estes itens correspondem à tradução dos itens utilizados por Black e colaboradores (2014), por acordo mútuo entre a aluna e a orientadora.

### **2.2.3. Estereótipos de Peso Negativos**

Os participantes avaliaram o quanto consideravam que as pessoas com mais peso correspondiam a cinco estereótipos a elas associados, isto é, preguiçosos/as, desleixados/as, motivados/as, auto-disciplinados/as e como tendo má higiene pessoal, numa escala de (1) “não são nada assim” a (5) “são mesmo assim”. Foi criada uma variável compósita para avaliar os estereótipos de peso negativos. Iniciou-se com a inversão dos itens Q53\_3 e Q53\_4 (motivados e auto-disciplinados) para (1) “são mesmo assim” a (5) “não são nada assim”, uma vez que a variável compósita “estereótipos de peso negativos” avalia de menos a mais estereótipos negativos. Apresenta consistência interna abaixo daquela considerada aceitável ( $\alpha = .60$ , inferior a  $.70$ , como indicado por Kline (2011)), mas como a média da correlação inter-itens ( $.23$ ) se encontra no intervalo ( $.15$  a  $.50$ ) sugerido por Clark e Watson (1995), considerou-se a medida consistente. Esta escala resulta da tradução, por acordo mútuo entre a aluna e a orientadora, daquela utilizada por Black e colaboradores (2014) ( $\alpha = .86$ ).

### **2.2.4. Emoções Direccionadas a Pessoas com Mais Peso**

Os participantes avaliaram o quanto sentiam pena, raiva e nojo face às pessoas com mais peso numa escala de (1) nada a (5) muito. Também estes itens foram traduzidos de Black e colaboradores (2014) por acordo mútuo entre a aluna e a orientadora.

### **2.2.5 Informação Sociodemográfica e Informação Complementar**

Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico acerca da sua idade, género, categoria de peso, etnia, habilitações e familiares e amigos com mais peso.

Após a apresentação da mensagem de saúde, foram incluídas três questões para compreender a opinião dos participantes relativamente à mensagem apresentada e à utilização de redes sociais para adquirir informação sobre a saúde. Foram questionados, especificamente, se as redes sociais podem ser uteis para aumentar os conhecimentos sobre a saúde, se

acompanhavam perfis nas redes sociais que partilhavam informação sobre saúde e se concordavam que a mensagem apresentada aumentava o conhecimento.

### **2.3. Procedimento**

O estudo, procedimentos e materiais foram submetidos à Comissão de Ética de Psicologia do Iscte-IUL para aprovação ética, obtendo um parecer favorável para a sua realização.

Os participantes receberam a ligação para o *Qualtrics* através de redes sociais (Instagram, ou Facebook), foram contactadas de forma direta, ou por outros participantes, para serem convidados a participar (convites para colegas, familiares e amigos), constituindo uma amostra por conveniência e bola de neve. Os participantes precisavam de cumprir os critérios de inclusão: ter mais de 18 anos e falar português fluentemente. Ao entrar no link, liam o consentimento informado (Anexo C) através do qual lhes foi comunicado que iriam participar num estudo sobre saúde e crenças de saúde, que a sua participação era voluntária e que os seus dados seriam utilizados para tratamento estatístico e não análise individual, sendo que tinham de consentir para prosseguir para a próxima etapa. A seguir, preencheram um questionário sociodemográfico que incluía o género, grupo étnico, habilitação mais alta adquirida e se eram estudantes. De seguida, eram direcionados aleatoriamente para um dos dois grupos, grupo de controlo ( $n = 89$  após limpeza da base de dados), condição sem manipulação, e grupo experimental ( $n = 87$  após limpeza da base de dados), condição de baixa controlabilidade e alto esforço. No grupo experimental, os participantes observaram 4 imagens, com formato de mensagem informativa para as redes sociais, que continham informação sobre o peso e a saúde (e.g., IMC e problemas de saúde associados), as dificuldades no controlo do peso e o esforço das pessoas com mais peso para o controlar (Anexo B). No grupo de controlo foi fornecida informação similar sobre o peso e a saúde, mas não foi apresentada informação sobre a controlabilidade e esforço (Anexo D). Depois, ambos responderam a questões sobre a utilidade e utilização das redes sociais para promover a saúde e uma questão sobre a mensagem que visualizaram para aumentar o conhecimento. De seguida, ambos preencheram um conjunto de questões sobre as atitudes direcionadas a pessoas com mais peso (i.e., estereótipos de peso negativos e emoções direcionadas a pessoas com mais peso) e sobre as suas crenças pessoais sobre a controlabilidade do peso e o esforço exercido pelas pessoas com mais peso para o controlar. Ambos os grupos também responderam a questões sociodemográficas adicionais sobre a categoria de peso a que consideravam pertencer e se tinham membros da família e amigos com excesso de peso, separadamente, apresentadas no final, de modo a não influenciar

a suas respostas anteriores. No final, foi apresentado um *debriefing* (Anexo E), onde foram explicados, com maior profundidade, os objetivos do estudo e foram apresentados recursos informacionais e de apoio, caso os participantes tivessem interesse e/ou necessidade.

# CAPÍTULO 3

## Resultados

### 3.1. Análise Estatística

As variáveis familiares com excesso de peso e amigos com excesso de peso foram transformadas em variáveis *dummies* e invertidas, de modo a codificar como variável dicotómica onde (0) corresponde a “não” e (1) a “sim”. A variável género também foi transformada em variável *dummy* para a realização das análises estatísticas, uma vez que a categoria “não binário” apenas continha um participante, assim, (0) corresponde ao género feminino e (1) ao género masculino.

### 3.2. Resultados

#### 3.2.1. Verificação da Manipulação

Para verificar a eficácia das manipulações de controlabilidade (H1a) e esforço (H1b) foi utilizado um teste *t* de comparação de médias para amostras independentes entre os grupos de controlo e experimental. O pressuposto da normalidade de ambas as variáveis não foi verificado (ver Anexo F). Uma vez que a amostra é superior a 30 ( $n = 87$  e  $n = 89$ , no grupo experimental e de controlo, respetivamente), podemos invocar o Teorema do Limite Central, ou seja, em amostras com grande dimensão, a média amostral seguirá uma distribuição aproximadamente normal se a distribuição não for fortemente assimétrica (Field, 2024). Uma vez que o valor absoluto de Z-score é inferior a 3.29 nas quatro amostras (ver Anexo F) (H. Kim, 2013), as distribuições das variáveis podem ser consideradas aproximadamente normais, pelo que se procedeu à realização do teste *t*.

A média da controlabilidade é ligeiramente inferior no grupo experimental ( $M = 3.07$ ,  $DP = 0.71$ ) que no grupo de controlo ( $M = 3.1$ ,  $DP = 0.69$ ), mas ainda assim, esta diferença não foi estatisticamente significativa ( $t(174) = -0.3$ ,  $p = .76$ ). Deste modo, a manipulação da perceção de controlabilidade do peso não foi conseguida.

A média da perceção de esforço foi superior no grupo experimental ( $M = 3.59$ ,  $DP = 0.95$ ) comparativamente com o grupo de controlo ( $M = 3.10$ ,  $DP = 0.94$ ) e esta diferença foi significativa ( $t(174) = -3.41$ ,  $p < .001$ ), pelo que a manipulação do esforço foi verificada.

#### 3.2.2 Estereótipos de Peso e Emoções

Foi realizado um teste  $t$  de comparação de médias para amostras independentes para compreender o impacto das manipulações nas variáveis dependentes (H2), ou seja, foi avaliada a diferença entre as médias dos estereótipos de peso negativos (H2a) e das emoções (H2b, c e d) nos grupos de controlo e experimental. As variáveis raiva e nojo, não apresentaram distribuição normal em ambos os grupos ( $p < .001$ , consultar Anexo F) e também apresentaram um  $Z$ -score superior a 3.29 (ver Anexo F), demonstrando uma assimetria demasiado acentuada para se considerar a distribuição aproximadamente normal (H. Kim, 2013). Assim, a análise do teste  $t$  destas variáveis foi realizada através de *bootstrapping*. A variável estereótipos de peso negativos apresentou distribuição normal no grupo experimental ( $KS(87) = 0.08, p = .2$ ), mas não no grupo de controlo. A variável pena não apresentou distribuição normal nos dois grupos ( $p < .001$ , ver Anexo F). Ainda assim, uma vez que a amostra é superior a 30, é possível invocar o Teorema do Limite Central, e, ao apresentarem  $Z$ -scores inferiores a 3.29 (ver Anexo F), a distribuição pode ser considerada aproximadamente normal para estas duas variáveis (H. Kim, 2013).

Uma vez que a literatura tem apontando uma diminuição das dimensões do estigma através da diminuição das perceções de controlabilidade e esforço (e.g., Black et al., 2014), a análise deste teste recorreu à significância *one-sided*.

As médias das medidas de estigma foram superiores no grupo de controlo comparando com o grupo experimental (ver tabela 1). No entanto, na pena esta diferença não foi significativa ( $t(171.35) = .38, p = .35$ ). Já as médias de estereótipos e nojo foram significativamente menores no grupo de experimental ( $t(174) = 1.91, p = .03$  e  $t(152.29) = 2.14, p = .02$ , respetivamente) e as médias da raiva foram marginal e significativamente menores nesse mesmo grupo ( $t(163.63) = 1.36, p = .09$ ).

**Tabela 1***Estereótipos de peso e emoções nos grupos de controlo e experimental*

	GC		GE		<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Estereótipos de peso negativos	2.78	0.06	2.6	0.06	174	1.91	.03	0.29
Pena	2.25	0.13	2.18	0.11	171.35	0.38	.35	0.06
Nojo	1.43	0.09	1.21	0.06	152.29	2.14	.02	.21
Raiva	1.37	0.08	1.23	0.06	163.63	1.36	.09	.32

*Nota.* Análise *one-sided*. A análise do nojo e da raiva foram realizadas através de *bootstrapping* com 100000 amostras.

### 3.2.3. Relação entre as Variáveis Estudadas

Os homens reportaram significativamente maiores estereótipos de peso negativos ( $r = .3, p < .001$ ) e o género predisse significativamente os estereótipos de peso negativos no modelo de regressão ( $B = .44, t = 4.42, p < .001$ ). Não foram encontradas diferenças nas emoções, com exceção da raiva, que se encontrou significativamente correlacionada com o género, ou seja, os homens reportaram maior raiva ( $r = 0.15, p = 0.05$ ).

Foi encontrada uma correlação significativa entre a idade e os estereótipos de peso negativos ( $r = .15, p = .04$ ), isto é, os participantes mais velhos reportaram mais estereótipos de peso negativos. Ainda assim, no modelo de regressão, a idade não surge como preditora destes estereótipos ( $B = -.004, t = 1.48, p = .14$ ). A idade também se encontrou correlacionada significativamente com a pena, indicando que as pessoas mais velhas reportam mais pena direcionada a pessoas com mais peso ( $r = .23, p = .003$ ).

Ter familiares com excesso de peso encontrou-se marginal e negativamente correlacionada com os estereótipos de peso negativos ( $r = -0.14; p = 0.52$ ), apontando que ter familiares com mais peso estará associado a menos estigma. Também se verificou que prediz significativamente menos estereótipos de peso negativos ( $B = -.27, t = -2.64, p = .01$ ).

A categoria de peso, ter amigos com excesso de peso e as habilitações não se encontraram significativamente relacionados com as variáveis de estigma ( $p \geq .1$ ).

**Tabela 2***Estatísticas descritivas e correlações*

Variáveis	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Idade	39.86	15.36	—							
2. Género	0.25	0.44	.17*	—						
3. Controlo percebido	2.91	0.7	.17*	-.08	—					
4. Esforço percebido	3.34	0.97	.12	-.03	.04	—				
5. Estereótipos	2.69	0.6	.15*	.3**	-.07	.23**	—			
6. Pena	2.22	1.1	.23**	-.02	.09	-.14	.17*	—		
7. Raiva	1.3	0.69	.09	.15	-.04	.02	.17*	.28**	—	
8. Nojo	1.32	0.69	-.09	.06	-.05	-.07	.24**	.21**	.59**	—

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .**3.2.4. Regressão Múltipla e Mediação**

Uma vez que se verificou uma correlação positiva entre a perceção de esforço e os estereótipos de peso, procedemos a uma análise de mediação desta variável no efeito da manipulação da mensagem persuasiva nos estereótipos de peso. Para tal, utilizámos o procedimento PROCESS proposto por Hayes (2022). No entanto, o mesmo não se verificou com as variáveis pena, raiva e nojo, não tendo sido realizado a mesma análise.

Assim, foi realizada uma regressão linear testando o esforço como mediador entre a condição experimental e os estereótipos de peso negativos, para compreender se as diferenças entre os grupos foram explicadas pelas manipulações realizadas (H3a). Neste modelo, foram ainda incluídas as variáveis idade, género e familiares com excesso de peso por surgirem como relevantes na literatura e terem relação significativa com as variáveis independente, mediadora e/ou dependente. As variáveis habilitações e amigos com excesso de peso não foram incluídas, uma vez que não se encontraram significativamente correlacionadas com essas variáveis. A pequena quantidade de participantes pertencentes a grupos étnicos não brancos ( $n = 12$ ) impediu a análise da relação desta variável com as restantes variáveis em estudo. Todos os pressupostos para a realização da regressão linear múltipla foram confirmados, ver Anexo G.

Foi possível confirmar que a média dos estereótipos é significativamente diferente entre os grupos de controlo e experimental ( $B = -0.19$ ,  $t = -2,23$   $p = .03$ ), incluindo as variáveis idade, género e familiares com excesso de peso no modelo de regressão. Também se confirmou que o esforço medeia esta relação entre os grupos e os estereótipos de peso negativos ( $B = -.06$ , boot

95% IC = -.12, -.01) (Tabela 4). Ao incluir o esforço no modelo de mediação, o efeito da condição experimental nos estereótipos deixa de ser significativo ( $B = -.13$ ,  $t = -1.54$   $p = .13$ ) (Tabela 4). Posto isto, conclui-se que o esforço percebido explica a relação entre a condição experimental e os estereótipos de peso negativos. Este modelo de mediação explica 21% da variação nos estereótipos de peso negativos ( $R^2 = 0.21$ ). Para além disso, foi possível confirmar que as covariáveis género e ter familiares com excesso de peso predizem significativamente os estereótipos de peso ( $p < .001$  e  $p = .01$ , respetivamente). O mesmo não se verificou na idade ( $p = .14$ ).

**Tabela 3**

*Variável mediadora*

				$R^2$
Modelo 1: variável mediadora no modelo	Outcome: Esforço Percebido			.08
	Coef.	Erro-padrão	t	p
Condição experimental <sup>(1)</sup>	0.45	0.14	3.11	.002
Idade	0.01	0.01	1.67	.01
Género	-0.14	0.17	-0.81	.42
Familiares	0.14	0.18	0.81	.42

N = 171. Estão reportados os coeficientes não standardizados.

<sup>(1)</sup> Condição de controlo – categoria de referência

**Tabela 4***Efeito indireto dos grupos nos estereótipos de peso negativos via esforço percebido*

					<i>R</i> <sup>2</sup>
Modelo 2: variável <i>outcome</i> no modelo	<i>Outcome</i> : Estereótipos de peso negativos				0.21
	Coef.	Erro-padrão	<i>t</i>	<i>p</i>	
Condição experimental <sup>(1)</sup>	-0.13	.09	-1.54	.13	
Esforço percebido	-0.13	.05	-2.89	.004	
Idade	0.004	.003	1.48	.14	
Gênero	0.44	.1	4.42	< .001	
Familiares	-0.27	.1	-2.64	.01	
<i>Bootstrapping para o efeito indireto</i>					
	Effect	Erro-Padrão	LI 95% IC	LS 95% IC	
Efeito indireto dos grupos nos estereótipos de peso negativos via esforço percebido	-.06	.03	-0.12	-0.01	

N = 171. Estão reportados os coeficientes não estandardizados. 10000 amostras *bootstrap*. IC – Intervalo de confiança. LI – limite inferior. LS – limite superior.

<sup>(1)</sup> Condição de controlo – categoria de referência

Por fim, não foi realizada a análise de mediação da percepção de controlabilidade na relação entre a mensagem visualizada e as variáveis de estereótipos e emoções, uma vez que não foi possível manipular esta mediadora no presente estudo.

## CAPÍTULO 4

### Discussão

O presente estudo procurou aplicar os contributos da teoria da atribuição de Weiner (Weiner et al., 1988) no combate ao estigma de peso, focando a controlabilidade do peso e o esforço das pessoas com mais peso para o controlar, assumindo como referência principal o estudo de Black e colaboradores (2014). Assim, o presente estudo procurou compreender se as evidências de Black e colaboradores (2014) poderiam ser adaptadas a uma mensagem de saúde para diminuir o estigma de peso, procurando direcionar as evidências da literatura para uma vertente prática de combate a este estigma na população geral. Para tal, recorreu-se a informação acerca do tópico do peso e da saúde para diminuir as crenças de controlabilidade e aumentar as de esforço.

Em particular, o presente estudo tinha como hipóteses: **(H1)** A exposição à mensagem experimental vai estar associada a menores crenças de controlabilidade do peso (H1a) e maior percepção de esforço (H1b) das pessoas com mais peso para o controlarem; **(H2)** A exposição à mensagem experimental vai estar associada a menores estereótipos de peso negativos (H2a), menor raiva (H2b) e nojo (H2c) e maior pena (H2d) direcionados a pessoas com mais peso; **(H3)** O esforço irá mediar a relação entre a exposição à mensagem experimental e os estereótipos (H3a), a raiva (H3b), o nojo (H3c) e a pena (H3d); **(H4)** A controlabilidade irá mediar a relação entre a exposição à mensagem experimental e os estereótipos (H4a), a raiva (H4b), o nojo (H4c) e a pena (H4d).

A primeira hipótese foi parcialmente verificada. Apesar dos pré-testes indicarem que a mensagem para manipular a percepção da controlabilidade era eficaz, esta manipulação não foi bem-sucedida aquando da recolha final dos dados, não verificando a hipótese H1a. Este resultado contradiz estudos anteriores que diminuíram crenças de controlabilidade e responsabilidade pelo peso providenciando informação sobre os fatores genéticos do mesmo. No estudo de Persky e Eccleston (2011), com estudantes de medicina, os participantes na condição genética tinham significativamente menos crenças de que os pacientes (pessoas com obesidade) eram responsáveis pelo seu peso. Por outro lado, apoia o encontrado no estudo de Luck-Sikorski e colaboradores (2017), onde não foi encontrada relação entre a manipulação das vinhetas (explicações socio-ambientais, do comportamento individual ou genéticas) e a explicação da obesidade apoiada pelos participantes. Ainda assim, encontraram que, introduzindo uma vinheta neutra, a proporção de pessoas que apoiavam a genética como causa da obesidade era significativamente superior no grupo das vinhetas com causas genéticas, comparativamente com a restantes (Luck-Sikorski et al., 2017).

Por sua vez, a manipulação da percepção do esforço das pessoas com mais peso para o controlar foi eficaz, apoiando a hipótese H1b. Ou seja, a mensagem experimental está associada a maior percepção de esforço. Este resultado corrobora os estudos de Black e colaboradores (2014) e Beames e colegas (2016). Nestes estudos, a apresentação de informação de alto esforço para controlar o peso, nomeadamente através de dieta e exercício físico, levou a maiores crenças de que a paciente se esforçava para controlar o seu peso.

A segunda hipótese foi verificada, os participantes apoiaram significativamente menos estereótipos de peso negativos (H2a), reportaram menos nojo (H2c) e marginalmente menos raiva (H2b). Estes resultados apoiam o encontrado no estudo anterior de Black e colaboradores (2014) acerca do efeito direto do esforço no estigma de peso. Neste foram encontrados significativamente menores estereótipos de peso negativos e nojo associados às condições de maior esforço. A ausência de efeito significativo na pena também corrobora o encontrado pelos autores, sendo que apenas houve efeito principal da controlabilidade do peso na pena (Black et al., 2014), que não foi manipulada com sucesso neste estudo.

A terceira hipótese foi parcialmente confirmada. Ou seja, a relação entre a mensagem experimental e os estereótipos de peso negativos foi totalmente mediada pelas percepções de esforço (H3a). O que, como supramencionado, reafirma os resultados de Black e colaboradores (2014) que encontraram um efeito principal do esforço nos estereótipos de peso negativos. Por outro lado, não se pode realizar a mediação do esforço na relação entre a mensagem experimental e as variáveis nojo, raiva e pena, já que estas não estavam significativamente correlacionadas.

A quarta hipótese não foi testada pois, como referido anteriormente, não foi possível manipular a percepção de controlabilidade no presente estudo.

Quanto aos fatores demográficos, os resultados também demonstraram diferenças de género, sendo que os homens reportavam significativamente mais estereótipos de peso negativos do que as mulheres e, no modelo de regressão, predizeram maiores estereótipos negativos, corroborando o reportado nos estudos anteriores. Esta diferença é também evidente nos estudos de Luck-Sikorski e colaboradores. (2017) e Elran-Barak e Bar-Anan (2018) que observaram menores atitudes estigmatizantes por parte das mulheres. A idade encontrou-se positivamente associada aos estereótipos de peso negativos, mas não os previu no modelo de regressão. Também se encontrou correlacionada significativamente com a pena. Para além disso, os participantes com familiares com excesso de peso também reportaram menos estereótipos de peso negativos e esta variável previu significativamente menos estereótipos de peso negativos. Estas evidências corroboram o encontrado no estudo de Vartanian e

colaboradores (2013). Neste, o sexo, idade e o número de amigos/familiares com obesidade estavam significativamente correlacionados com estereótipos de obesidade numa amostra de comunidade. Para além disso, também encontraram uma correlação significativa com IMC (Vartanian et al., 2013), mas no presente estudo não foi encontrada relação entre as categorias de peso autoidentificadas e o estigma.

#### **4.1. Implicações para a Teoria e para a Prática**

O presente estudo permitiu confirmar que a perceção de esforço para controlar o peso constitui um fator importante por detrás do estigma de peso. Como referido anteriormente a responsabilização das pessoas pela sua condição estigmatizada aumenta a estigmatização. Por exemplo, um estudo anterior de Puhl e colaboradores (2015) identificou que atribuição da obesidade a causas comportamentais, falta de força de vontade e responsabilidade pessoal prediziam estigma de peso mais alto. Assim, a perceção de menor esforço poderá relacionar-se com esta atribuição de responsabilidade individual sobre o peso, motivando atitudes negativas direcionadas a pessoas com mais peso. Apesar da teoria de atribuição de Weiner (Weiner et al., 1988) referir a controlabilidade do estigma como fator que leva à responsabilização das pessoas estigmatizadas, o esforço poderá explicitar a tomada de responsabilidade por parte destas (independentemente de alteração da causa de estigma, i.e., o peso). Assim, são percebidos comportamentos de gestão da condição estigmatizada, levando à diminuição dos componentes de estigma, ou seja, dos estereótipos e das emoções negativos.

Um estudo de Persky e colaboradores (2024) apresentou vinhetas sobre uma mulher de meia-idade com alto ou baixo peso estável e com uma dieta alta ou baixa em calorias, dividindo os participantes em quatro condições. Duas destas eram condições de violação de estereótipos: alto peso com dieta baixa em calorias e baixo peso com dieta alta em calorias. Na condição de alto peso com dieta baixa em calorias, os participantes atribuíram ao alvo significativamente mais causas genéticas do peso e menos culpa do que nas restantes. Além disso, nesta condição os participantes reportaram atitudes gerais mais positivas direcionadas a mulheres com obesidade, apontando para uma generalização do efeito para o grupo geral de mulheres com obesidade. Do mesmo modo, a apresentação de informação de esforço no presente estudo poderá ter atuado como informação contraestereotípica, contrariando o estereótipo que as pessoas com mais peso não se esforçam para perder peso, e, assim, ter diminuído as atitudes negativas direcionadas a pessoas com mais peso.

Por fim, os resultados do presente estudo, demonstram que intervir nas atribuições por

detrás do estigma é potencialmente eficaz a alterar, não só os estereótipos de peso negativos, mas também as emoções negativas associadas a pessoas com obesidade (i.e., nojo e raiva).

Relativamente às implicações para a prática, com base no presente estudo, é possível afirmar que a utilização de mensagens sobre a etiologia multifatorial da obesidade, e informação sobre saúde, peso corporal, estilo de vida e esforço para controlar o peso, pode ser uma estratégia promissora para a diminuição do estigma de peso.

Como referido anteriormente, não é expectável que uma única mensagem consiga combater o estigma de peso. Deste modo, este tipo de conhecimentos de saúde sobre obesidade e peso deverão ser implementados dentro de uma campanha que fale explicitamente acerca do estigma de peso. Ainda assim, o presente estudo verifica que uma mensagem sobre saúde pode ser utilizada para diminuir o estigma de peso, especificamente, quando se refere a diminuir os estereótipos negativos atribuídos a pessoas com mais peso, nojo e raiva a estas direcionado. De modo geral, os participantes concordaram com a utilidade da mensagem visualizada e das redes sociais para aumentar o conhecimento de saúde, revelando que a utilização das redes sociais para o combate ao estigma, através de informação sobre saúde, poderá ser de interesse para a população estudada.

Para além disso os resultados do presente estudo contribuem para as evidências que alertam para a necessidade de considerar efeitos secundários de mensagens de saúde no estigma de peso (e.g. Täuber et al., 2018). Assim, na criação de materiais de saúde é relevante recorrer a *guidelines* que permitem identificar e assim prevenir elementos prejudiciais nestes. Por exemplo, podem ser utilizadas as orientações criadas pelo National Eating Disorders Collaboration (2011), denominadas *Evaluating the Risk of Harm of Weight-Related Public Messages*. Estas procuram analisar as mensagens de saúde pública de prevenção da obesidade, sobrepeso e ganho de peso em relação a possíveis consequências indesejáveis relacionadas com perturbações e comportamentos alimentares potencialmente prejudiciais (National Eating Disorders Collaboration, 2011). Em alternativa poderá ser considerado o *The Weight Stigma Heat Map*, um instrumento que permite identificar estigma de peso em campanhas de saúde pública e em materiais de promoção de saúde (Willer, 2024).

É, acima de tudo, necessária uma mudança de abordagem na saúde que resulte em menos estigma e maior sucesso na promoção da saúde (Brochu, 2020). Especificamente, Brochu (2020) refere que será necessária a adoção de modelos de saúde inclusivos em termos de peso, que mudem o foco do peso corporal e da perda de peso para uma promoção da saúde e do bem-estar, independentemente do peso. Esta mudança permitirá focar a promoção de comportamentos saudáveis para todos, reduzindo a culpa e comportamentos alimentares

desajustados (Brochu, 2020).

## 4.2. Limitações e Recomendações para Estudos Futuros

As intervenções no combate ao estigma de peso através de mudanças nas crenças relativamente aos determinantes biológicos e ambientais, ou seja, atribuições de causas da obesidade, têm encontrado efeitos mistos (Duarte & Queiroz, 2022). Uma vez que, no presente estudo, não foram manipuladas, com sucesso, as crenças de controlabilidade, não foi possível testar a relação entre a diminuição desta crença e o estigma de peso no contexto de uma mensagem para as redes sociais. Apesar dos diversos pré testes terem demonstrado que o material seria eficaz para manipular a controlabilidade, o mesmo não se verificou no presente estudo, contrariamente aos estudos anteriores (e.g., Hilbert, 2016). Uma possível explicação para a ineficácia da manipulação das crenças de controlabilidade do peso é a possibilidade de interpretação da questão da controlabilidade por parte dos participantes de um modo diferente do pretendido. Por exemplo, considerarem que “não está dentro do controlo, porque se estivesse as pessoas não teriam excesso de peso” ao invés de “o peso é algo que é controlável e a pessoa não o está a controlar”. Seria, assim, uma mais-valia a realização de entrevistas cognitivas, de modo a compreender a interpretação deste item. As entrevistas cognitivas, no contexto de criação e pré-teste de materiais, consistem em pedir aos participantes que pensem em voz alta à medida que fazem o questionário de modo a compreender a sua perspetiva e como interpretam as questões apresentadas (Drennan, 2003). Isto permitirá desenvolver questões escritas de forma clara e não ambígua de modo a permitir aos participantes responder às questões de forma bem-sucedida (Drennan, 2003).

Além desta dificuldade, o estudo apresenta ainda outras limitações. Uma delas é o facto de ter sido utilizado apenas um grupo no qual se tenta manipular tanto a controlabilidade como o esforço. Estudos futuros poderão, então, tentar incluir quatro grupos de comparação, ou seja, grupo com informação de alto esforço, grupo com informação de baixa controlabilidade, grupo com informação de alto esforço e baixa controlabilidade e grupo com informação neutra, de modo a compreender o impacto de ambos os fatores separadamente, bem como uma possível interação entre estes. Poderá ser realizado também um pré-teste, de modo a obter uma *baseline* de comparação e assim explorar se a mera apresentação de informação acerca da obesidade e do peso pode afetar o estigma. Seria também uma mais-valia a inclusão de um *follow-up* para averiguar se os resultados de diminuição de estigma se mantêm a longo prazo. Por outro lado, o viés de esforço no estigma de peso e dos mecanismos que o relacionam com o estigma (e.g.,

ligação com estereótipos de preguiça) devem ser mais estudados.

Deveria ainda ser recolhida informação qualitativa através de questões abertas, para explorar as opiniões sobre a mensagem de saúde apresentada e perceber se os participantes compreenderam o verdadeiro objetivo do estudo. No presente estudo, estas questões foram retiradas após o *feedback* resultante dos pré-testes, uma vez que os participantes revelaram alguma dificuldade em completar o questionário devido ao seu tamanho.

A presente amostra demonstrou baixo estigma de peso explícito, apresentando uma visão neutra das pessoas com mais peso. Isto poderá demonstrar que a população portuguesa tem uma visão diferente daquelas estudadas anteriormente ou, devido, por exemplo, à recolha da amostra por conveniência e bola de neve, ter sido afetada por efeitos de desejabilidade social. Por exemplo, Hilbert (2016) realizou uma intervenção para diminuir o estigma de peso, com um grupo experimental, que participou na intervenção, e um grupo de controlo, que ficou em lista de espera para receber a intervenção. Neste estudo (estudo dois do artigo), Hilbert (2016) encontrou um efeito do tempo (*baseline* e pós-intervenção, *within-subjects*) na diminuição das atribuições internas do peso (i.e., comportamentais). Porém, ao incluir a variável de desejabilidade social no modelo esta relação deixou de ser significativa. Assim, seria útil a inclusão de uma medida de desejabilidade social e de medidas implícitas de estigma. Também seria de interesse a realização de um estudo com uma amostra mais representativa, nomeadamente, a nível da escolaridade, pois o mesmo estudo de Hilbert (2016) só foi eficaz numa amostra com escolaridade mais elevada. Além disso, poderia ser importante procurar mais representatividade a nível de etnia, uma vez que estudos anteriores encontraram resultados mistos, ou seja, de correlação ou ausência desta com o estigma de peso (Himmelstein et al., 2017; Lippa & Sanderson, 2012).

Estudos anteriores apontaram a pena, frequentemente associada à ausência de controlabilidade do peso, como um resultado menos estigmatizante (Beames et al., 2016; Black et al., 2014), mas esta não é uma emoção positiva. Enquanto é inegável que a pena pode ser motivadora de prestação de ajuda, coloca as pessoas estigmatizadas numa posição inferior aos outros (Corrigan, 2017). A combinação ambivalente de alta calorosidade e baixa competência, que caracterizam a pena, leva os grupos a ser tanto ativamente ajudados como passivamente negligenciados, alternando entre sobreajuda e negligência, sendo descrito como comportamento paternalizante (Cuddy et al., 2008). Esta ideia está presente na linguagem e discurso sobre as pessoas com mais peso, tendo SturtzSreetharan e colaboradores (2022) identificado quatro temas, incluindo a pena e o “estigma educado”, nas entrevistas realizadas. Enquanto, por um lado, a pena poderia indicar compaixão, continha também uma visão do peso como algo

negativo a ser ultrapassado ou patologizante associada a problemas emocionais e psicológicos (SturtzSreetharan et al., 2022). Esta pena era articulada com expressões encobertas de estigma, assim, as pessoas reportavam oferecer/receber dicas ou informação para serem mais saudáveis sem mencionar diretamente o peso (SturtzSreetharan et al., 2022). Por exemplo, quando os alvos eram crianças com mais peso, a mensagem para estas passada era, apesar de dito de maneira “educada”, era que “os seus corpos eram anormais, horríveis e precisavam de ser corrigidos” (SturtzSreetharan et al., 2022). Assim, apesar de ser uma reação mais positiva que aquelas de raiva e nojo (que podem resultar em reações mais negativas de ódio e violência (Cuddy et al., 2008)), não deveria ser considerado um resultado desejável no combate ao estigma.

### **4.3. Conclusões**

O presente estudo demonstrou a aplicabilidade das evidências baseadas na teoria de atribuição de Weiner (Weiner et al., 1988) no combate ao estigma de peso. Assim, foi possível diminuir os estereótipos de peso e emoções negativas como raiva e, marginalmente, nojo frequentemente direcionados a pessoas com mais peso. Para além disso, foi possível elucidar o papel de outros fatores no estigma de peso, nomeadamente a contribuição significativa da perceção de esforço, do género dos perpetuadores, bem como ter membros da família com mais peso. Por fim, também permitiu confirmar que estas crenças de esforço são alteráveis perante uma curta mensagem de saúde, podendo constituir uma estratégia promissora no combate ao estigma de peso, carecendo de replicação futura.



## Referências Bibliográficas

- Abrams, Z. (2022). *The burden of weight stigma*. <https://doi.org/10.1038/s41366>
- American Psychological Association. (2023). *Inclusive language guide (2nd ed.)*. <https://www.apa.org/about/apa/equity-diversity-inclusion/language-guidelines.pdf>
- Atari, N. S. B., Peixoto, G. de Q., Soriani, E. P., Oliveira, J. P., Rossasi, M. B., & Maia, L. A. L. (2023). A linha tênue entre a promoção da saúde e a reprodução de discursos gordofóbicos pelos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 47(3). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.3-2022-0091>
- Beames, J. R., Black, M. J., & Vartanian, L. R. (2016). Prejudice toward individuals with obesity: Evidence for a pro-effort bias. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 22(2), 184–195. <https://doi.org/10.1037/xap0000079>
- Black, M. J., Sokol, N., & Vartanian, L. R. (2014). The effect of effort and weight controllability on perceptions of obese individuals. *Journal of Social Psychology*, 154(6), 515–526. <https://doi.org/10.1080/00224545.2014.953025>
- Brochu, P. M. (2020). Weight stigma as a risk factor for suicidality. *International Journal of Obesity*, 44(10), 1979–1980. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-0632-5>
- Brown, A., Flint, S. W., & Batterham, R. L. (2022). Pervasiveness, impact and implications of weight stigma. *eClinicalMedicine*, 47. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101408>
- Cain, P. (2024, Junho). Should we Ask Who's Fat? An Argument for Knowing Your Sample in Stigma Intervention Research. *10th International Weight Stigma Conference*.
- Charlesworth, T. E. S., & Banaji, M. R. (2022). Patterns of Implicit and Explicit Attitudes: IV. Change and Stability From 2007 to 2020. *Psychological Science*, 33(9), 1347–1371. <https://doi.org/10.1177/09567976221084257>
- Ching, B. H. H., Li, Y. H., & Li, X. F. (2024). Joint effects of offset effort beliefs and biomedical causal attributions on pre-service teachers' stigma of children with ADHD-related symptoms. *Social Psychology of Education*, 27(3), 883–908. <https://doi.org/10.1007/s11218-023-09823-w>
- Corrigan, P. (2017). Beware the pity narrative. *Stigma and Health*, 2(2), 81–82. <https://doi.org/10.1037/sah0000050>
- Crandall, C. S., & Reser, A. H. (2005). Attributions and Weight-Based Prejudice. Em K. D. Brownell, R. M. Puhl, M. B. Schwartz, & L. Rudd (Eds.), *Weight bias: Nature, consequences, and remedies*. (pp. 83–96). Guilford Publications.
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2008). Warmth and Competence as Universal Dimensions of Social Perception: The Stereotype Content Model and the BIAS Map.

- Advances in Experimental Social Psychology*, 40, 61–149.  
[https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(07\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(07)00002-0)
- De Brún, A., McCarthy, M., McKenzie, K., & McGloin, A. (2014). Weight stigma and narrative resistance evident in online discussions of obesity. *Appetite*, 72, 73–81.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.022>
- Dixon, J. B. (2010). The effect of obesity on health outcomes. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 316(2), 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2009.07.008>
- Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 57–63.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02579.x>
- Duarte, A. N., & Queiroz, E. (2022). Intervenções para redução do estigma da obesidade: uma revisão sistemática. *HU Revista*, 48, 1–14. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2022.v48.36682>
- Duarte, A. N., & Queiroz, E. (2024). Mapeamento de intervenções para redução do estigma da obesidade em profissionais de saúde: desenvolvimento e apresentação da intervenção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 34. <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202434023pt>
- Elran-Barak, R., & Bar-Anan, Y. (2018). Implicit and explicit anti-fat bias: The role of weight-related attitudes and beliefs. *Social Science & Medicine*, 204, 117–124.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.018>
- Fardouly, J., & Vartanian, L. R. (2012). Changes in weight bias following weight loss: the impact of weight-loss method. *International Journal of Obesity*, 36(2), 314–319.  
<https://doi.org/10.1038/ijo.2011.26>
- Field, A. (2024). The Beast of Bias. Em *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics* (6.<sup>a</sup> ed., pp. 243–320). Sage.
- Figueiras, H. (2023). *A Internalização do Estigma do Peso numa população adolescente: o papel da Fusão Cognitiva e da Clareza do Self* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da UAAl. <http://hdl.handle.net/10400.1/19650>
- Frameworks Institute. (sem data). *What surrounds us shapes our health*. Obtido 5 de Abril de 2025, de <https://www.frameworksinstitute.org/issues/health/>
- Frameworks Institute. (2020, Julho 16). *What's in a Frame?*  
<https://www.frameworksinstitute.org/articles/whats-in-a-frame/>
- Goffman, E. (1963). Stigma and Social Identity. Em *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (pp. 1–40). NY: Simon & Schuster.
- Goffman, E. (1997). Selections from Stigma. Em L. J. Davis (Ed.), *The Disability Studies Reader* (5.<sup>a</sup> ed., pp. 133–144). Routledge.

- Greenberg, B. S., & Worrell, T. R. (2005). The Portrayal of Weight in the Media and Its Social Impact. Em K. D. Brownell, R. M. Puhl, M. B. Schwartz, & L. Rudd (Eds.), *Weight Bias: Nature, Consequences, and Remedies* (pp. 42–53). The Guilford Press.
- Harvard T.H. Chan School of Public Health. (sem data). *Resources from the Center for Health Communication*. Obtido 5 de Setembro de 2025, de <https://hsph.harvard.edu/research/health-communication/resources/>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3.<sup>a</sup> ed.). The Guilford Press.
- Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M., & Robinson, E. (2017). A systematic review of the relationship between weight status perceptions and weight loss attempts, strategies, behaviours and outcomes. *Obesity Reviews*, *19*(3), 347–363. <https://doi.org/10.1111/obr.12634>
- Hilbert, A. (2016). Weight Stigma Reduction and Genetic Determinism. *PLOS ONE*, *11*(9), e0162993. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162993>
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Quinn, D. M. (2017). Intersectionality: An Understudied Framework for Addressing Weight Stigma. *American Journal of Preventive Medicine*, *53*(4), 421–431. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.003>
- Hunger, J. M., & Major, B. (2015). Weight stigma mediates the association between BMI and self-reported health. *Health Psychology*, *34*(2), 172–175. <https://doi.org/10.1037/hea0000106>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Inquérito Nacional de Saúde 2019*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=441370700&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=441370700&att_display=n&att_download=y)
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=646170405&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646170405&DESTAQUESmodo=2)
- Jan, A., & Weir, C. B. (2021). BMI classification percentile and cut off points. *StatPearls: Treasure Island, FL, USA*, 1–4. [https://www.researchgate.net/profile/Connor-Weir/publication/337153906\\_BMI\\_Classification\\_Percentile\\_And\\_Cut\\_Off\\_Points/links/5dcacf40a6fdcc575043b9ab/BMI-Classification-Percentile-And-Cut-Off-Points.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Connor-Weir/publication/337153906_BMI_Classification_Percentile_And_Cut_Off_Points/links/5dcacf40a6fdcc575043b9ab/BMI-Classification-Percentile-And-Cut-Off-Points.pdf)
- Jensen, J. D. (2012). Addressing Health Literacy in the Design of Health Messages. Em H. Cho (Ed.), *Health Communication Message Design: Theory and Practice* (pp. 171–190). SAGE Publications, Inc.
- Kim, H. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, *38*(1), 52. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>

- Larzelere, M. M., & Jones, G. N. (2008). Stress and Health. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35(4), 839–856. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2008.07.011>
- Lawrence, B. J., Kerr, D., Pollard, C. M., Theophilus, M., Alexander, E., Haywood, D., & O'Connor, M. (2021). Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity*, 29(11), 1802–1812. <https://doi.org/10.1002/oby.23266>
- Lawrence, S., Puhl, R. M., Watson, R. J., Schwartz, M. B., Lessard, L. M., & Foster, G. D. (2023). Family-based weight stigma and psychosocial health: A multinational comparison. *Obesity*, 31(6), 1666–1677. <https://doi.org/10.1002/oby.23748>
- Lemon, S. C., Rosal, M. C., Zapka, J., Borg, A., & Andersen, V. (2009). Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: Differences by body mass index and gender. *Body Image*, 6(2), 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.11.004>
- Lima, C., Ramos-Oliveira, D., & Barbosa, C. (2017). Sociocognitive Aspects of Obesity: Overweight Stereotypes. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3), 681–698. <https://doi.org/10.15309/17psd180305>
- Lippa, N. C., & Sanderson, S. C. (2012). Impact of Information About Obesity Genomics on the Stigmatization of Overweight Individuals: An Experimental Study. *Obesity*, 20(12), 2367–2376. <https://doi.org/10.1038/oby.2012.144>
- Luck-Sikorski, C., Riedel-Heller, S. G., & Phelan, J. C. (2017). Changing attitudes towards obesity – results from a survey experiment. *BMC Public Health*, 17(1), 373. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4275-y>
- Lydecker, J. A., Cotter, E. W., Palmberg, A. A., Simpson, C., Kwitowski, M., White, K., & Mazzeo, S. E. (2016). Does this Tweet make me look fat? A content analysis of weight stigma on Twitter. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(2), 229–235. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0272-x>
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Major, B., Tomiyama, J., & Hunger, J. M. (2018). The Negative and Bidirectional Effects of Weight Stigma on Health. Em B. Major, J. F. Dovidio, & B. G. Link (Eds.), *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health* (pp. 499–520). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.27>
- Manusov, V., & Spitzberg, B. H. (2014). Attribution Theory: Finding Good Cause in the Search for Theory. Em D. O. Braithwaite & P. Schrodt (Eds.), *Engaging Theories in Interpersonal Communication* (2.<sup>a</sup> ed., pp. 64–87). Sage Publications.
- Martins, C., Gower, B. A., & Hunter, G. R. (2022). Metabolic adaptation delays time to reach weight loss goals. *Obesity*, 30(2), 400–406. <https://doi.org/10.1002/oby.23333>

- Medvedyuk, S., Ali, A., & Raphael, D. (2018). Ideology, obesity and the social determinants of health: a critical analysis of the obesity and health relationship. *Critical Public Health*, 28(5), 573–585. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1356910>
- Mendez, S. (sem data-a). *Effective Health Communication: Using Inclusive Language and Images*. Harvard T.H. Chan School of Public Health. Harvard T.H. Chan School of Public Health.
- Mendez, S. (sem data-b). *Streamline Your Health Communications: Tips for Cutting Jargon and Enhancing Readability*. Harvard T.H. Chan School of Public Health.
- National Cancer Institute. (sem data). *Making Health Communication Programs Work (Pink Book)*. Obtido 5 de Abril de 2025, de <https://www.cancer.gov/publications/health-communication>
- National Eating Disorders Collaboration. (2011). *Evaluating the Risk of Harm of Weight-Related Public Messages*.
- Oliveira, S. M. (2014). *Quando o estigma leva ao comportamento alimentar desajustado* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/27365>
- Pais-Ribeiro, J., Pedro, L., Cardoso, H., Vazão, M., Abreu, M., Costa, N., Martins da Silva, A., Mendonça, D., Vilhena, E., Maes, S., & Pennebaker, J. (2009). Stigma and Obesity: Comparative Study Between Candidates to Obesity Surgery and Patients Already Submitted to this Treatment. *14Th World Congress of the International-Federation-For-The-Surgery-Of-Obesity-And-Metabolic-Disorders*, 1031–1031.
- Palmeira, L. (2017). *When Weight Stigma Gets Under the Skin: The Development of Kg-Free – A New Integrated Acceptance, Mindfulness and Compassion-Based Group Intervention* [Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra]. Repositório da UC. <https://hdl.handle.net/10316/79617>
- Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). The weight of weight self-stigma in unhealthy eating behaviours: the mediator role of weight-related experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 785–796. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0540-z>
- Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2019). Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness- and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 24(8), 1056–1069. <https://doi.org/10.1177/1359105316686668>
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). The role of weight self-stigma on the quality of life of women with overweight and obesity: A multi-group comparison

- between binge eaters and non-binge eaters. *Appetite*, *105*, 782–789.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.015>
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite*, *112*, 107–116.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.027>
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Carvalho, S. (2017). Finding the link between internalized weight-stigma and binge eating behaviors in Portuguese adult women with overweight and obesity: The mediator role of self-criticism and self-reassurance. *Eating Behaviors*, *26*, 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.01.006>
- Paulino, G. A. T. (2023). *Estigma internalizado do peso e efeitos negativos relacionados com o corpo: efeito mediador da fusão cognitiva e da comparação social* [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da UAlg.  
<http://hdl.handle.net/10400.1/19580>
- Pearl, R. L., & Lebowitz, M. S. (2014). Beyond personal responsibility: Effects of causal attributions for overweight and obesity on weight-related beliefs, stigma, and policy support. *Psychology & Health*, *29*(10), 1176–1191.  
<https://doi.org/10.1080/08870446.2014.916807>
- Persky, S., Chen, J., Foor, K., Peterson, C., & Fortney, C. (2024). Using stereotype violation to shift causal understanding and attitudes about weight. *Eating Behaviors*, *55*, 101930.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2024.101930>
- Persky, S., & Eccleston, C. P. (2011). Impact of Genetic Causal Information on Medical Students' Clinical Encounters with an Obese Virtual Patient: Health Promotion and Social Stigma. *Annals of Behavioral Medicine*, *41*(3), 363–372.  
<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9242-0>
- Peterson, K., & Roskos, M. S. (2023). Weight Bias: A Narrative Review of the Evidence, Assumptions, Assessment, and Recommendations for Weight Bias in Health Care. *Health Education & Behavior*, *50*(4), 517–528.  
<https://doi.org/10.1177/10901981231178697>
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, *16*(4), 319–326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R., & Slusser, W. (2017). Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, *140*(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034>
- Potter, L., Wallston, K., Trief, P., Ulbrecht, J., Juth, V., & Smyth, J. (2015). Attributing discrimination to weight: associations with well-being, self-care, and disease status in

- patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(6), 863–875. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9655-0>
- Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 117–127. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.12.002>
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K., Luedicke, J., Danielsdottir, S., & Forhan, M. (2015). A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *International Journal of Obesity*, 39(7), 1166–1173. <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.32>
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLOS ONE*, 16(6), e0251566. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251566>
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Pearl, R. L., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. *International Journal of Obesity*, 45(9), 1976–1985. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00860-z>
- Rodhain, A., & Gourmelen, A. (2018). Obesity: the link between stigma and perceived responsibility. *Journal of Marketing Management*, 34(15–16), 1418–1439. <https://doi.org/10.1080/0267257X.2018.1550105>
- Roehling, M. V. (1999). Weight-based discrimination in employment: Psychological and legal aspects. *Personnel Psychology*, 52(4), 969–1016. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1999.tb00186.x>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H.-R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., ... Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Santos, I., Andrade, A. M., & Teixeira, P. J. (2015). Tentativas de Controlo do Peso na População Adulta Portuguesa: Prevalência, Motivos e Comportamentos. *Acta Médica Portuguesa*, 28(1), 77–86. <https://doi.org/10.20344/amp.5727>
- Santos, I., Sniehotta, F. F., Marques, M. M., Carraça, E. V., & Teixeira, P. J. (2017). Prevalence of personal weight control attempts in adults: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 18(1), 32–50. <https://doi.org/10.1111/obr.12466>
- Schiavo, R. (2014). *Health Communication: From Theory to Practice* (2.<sup>a</sup> ed.). Jossey-Bass.
- Sikorski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2011). The stigma of obesity in the general public and its implications for

- public health - a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 661.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-661>
- Stambush, M. A., Hill-Mercer, A. E., & Mattingly, B. A. (2016). Residual Fat Stigma After Weight Loss: The Mediating Role of Perceived Effort. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 21(3), 188–201. <https://doi.org/10.1111/jabr.12049>
- Standen, E. C., & Mann, T. (2024). The science of weight controllability: Implications and future directions for weight at work research. *Industrial and Organizational Psychology*, 17(1), 106–110. <https://doi.org/10.1017/iop.2023.78>
- SturtzSreetharan, C., Trainer, S., & Brewis, A. (2022). The Harm Inflicted by Polite Concern: Language, Fat, and Stigma. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 46(4), 683–709. <https://doi.org/10.1007/s11013-021-09742-5>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2015). Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychological Science*, 26(11), 1803–1811. <https://doi.org/10.1177/0956797615601103>
- Täuber, S., Mulder, L. B., & Flint, S. W. (2018). The Impact of Workplace Health Promotion Programs Emphasizing Individual Responsibility on Weight Stigma and Discrimination. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02206>
- The Weight Stigma Conference. (sem data). *11th Annual Weight Stigma Conference*. <https://weightstigmaconference.com/>.
- Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>
- Tomiyama, A. J., Ahlstrom, B., & Mann, T. (2013). Long-term Effects of Dieting: Is Weight Loss Related to Health? *Social and Personality Psychology Compass*, 7(12), 861–877. <https://doi.org/10.1111/spc3.12076>
- Vanhove, A., & Gordon, R. A. (2014). Weight discrimination in the workplace: a meta-analytic examination of the relationship between weight and work-related outcomes. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(1), 12–22. <https://doi.org/10.1111/jasp.12193>
- Vartanian, L. R., & Fardouly, J. (2014). Reducing the stigma of bariatric surgery: Benefits of providing information about necessary lifestyle changes. *Obesity*, 22(5), 1233–1237. <https://doi.org/10.1002/oby.20721>
- Vartanian, L. R., Thomas, M. A., & Vanman, E. J. (2013). Disgust, contempt, and anger and the stereotypes of obese people. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(4), 377–382. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0067-2>

- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738–748. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.5.738>
- Westbury, S., Oyebode, O., van Rens, T., & Barber, T. M. (2023). Obesity Stigma: Causes, Consequences, and Potential Solutions. *Current Obesity Reports*, 12(1), 10–23. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00495-3>
- Willer, F. (2024). The Weight Stigma Heat Map: A tool to identify weight stigma in public health and health promotion materials. *Health Promotion Journal of Australia*, 35(2), 293–302. <https://doi.org/10.1002/hpja.745>
- Williams, E. P., Mesidor, M., Winters, K., Dubbert, P. M., & Wyatt, S. B. (2015). Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. *Em Current obesity reports* (Vol. 4, Número 3, pp. 363–370). <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0169-4>
- World Health Organization (WHO). (2024). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Obesity Day. (sem data-a). *Obesity Fact Sheet*. [https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity\\_Factsheet\\_Final\\_%28website%29.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity_Factsheet_Final_%28website%29.pdf)
- World Obesity Day. (sem data-b). *The Roots of Obesity Run Deep*. [https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity\\_Factsheet\\_Final\\_%28website%29.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity_Factsheet_Final_%28website%29.pdf)
- Wu, Y., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1030–1042. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.13511>



## Anexos

### Anexo A – Questionário

**Q47 CONSENTIMENTO INFORMADO** O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação inserido numa dissertação do mestrado de Psicologia Social da Saúde, no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, e tem por objetivo estudar mensagens sobre saúde e crenças de saúde. O estudo é realizado por Carolina Lopes (csvls1@iscte-iul.pt) e é orientado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>a Sibila Marques (sibila.marques@iscte-iul.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer alguma dúvida ou partilhar algum comentário. A sua participação no estudo, que será muito valorizada pois irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em preencher um questionário de aproximadamente **7 minutos**. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. A **participação** no estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também **anónima** e **confidencial**. Os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

- Declaro ter compreendido os objetivos do estudo e aceito participar. (1)
- Não aceito participar. (2)

Fim do bloco: Consentimento informado.

---

Início do bloco: Questões sociodemográficas.

Q1 Qual é a sua idade?

---

---

Q2 Qual é o seu género?

- Feminino (1)
  - Masculino (2)
  - Não binário (3)
  - Outro (4) \_\_\_\_\_
  - Prefiro não responder (5)
- 

Q80 Utilizando as seguintes opções, qual melhor define o grupo a que considera pertencer?

- Asiático (1)
  - Branco (2)
  - Cigano (3)
  - Negro (4)
  - Origem ou pertença mista (5) \_\_\_\_\_
  - Outro (6) \_\_\_\_\_
  - Prefiro não responder (7)
-

Q3 Qual é a habilitação mais alta que adquiriu?

- 4º ano (1)
  - 9º ano (2)
  - 12º ano (3)
  - Licenciatura/bacharelato (pré-bolonha) (4)
  - Mestrado (5)
  - Doutorado (6)
- 

Q4 Encontra-se, atualmente, a estudar?

- Sim (1)
  - Não (2)
- 

Apresentar esta pergunta:

*If Encontra-se, atualmente, a estudar? = Sim*

Q5 Se respondeu que sim na pergunta anterior, qual o ciclo que frequenta atualmente?

- Escola secundária (1)
- Licenciatura (2)
- Mestrado (3)
- Doutoramento (4)
- Outro (5) \_\_\_\_\_

Fim do bloco: Questões sociodemográficas.

---

Início do bloco: Mensagem de saúde

Q59 Leia com atenção a seguinte mensagem informativa para redes sociais. Iremos perguntar a sua opinião nas questões seguintes.

Fim do bloco: Mensagem de saúde

---

Início do bloco: GC - Mensagem

Q1 Leia com atenção a seguinte mensagem informativa para redes sociais. Iremos perguntar a sua opinião nas questões seguintes.

Fim do bloco: GC - Mensagem

---

Início do bloco: Mensagens de saúde nas redes sociais

Q1 Leia as seguintes perguntas atentamente e responda conforme a sua opinião. Não há respostas certas ou erradas.

-----

Q2 A mensagem apresentada ajuda a aumentar o conhecimento sobre saúde.

- Discordo totalmente (1)
  - Discordo parcialmente (2)
  - Nem concordo nem discordo (3)
  - Concordo parcialmente (4)
  - Concordo totalmente (5)
- 

Q3 As redes sociais podem ser úteis no aumento do conhecimento sobre saúde.

- Discordo totalmente (1)
  - Discordo parcialmente (2)
  - Nem concordo nem discordo (3)
  - Concordo parcialmente (4)
  - Concordo totalmente (5)
-

Q4 Eu acompanho contas nas redes sociais que promovem uma vida saudável, comportamentos saudáveis ou dão informação sobre saúde.

- Discordo totalmente (1)
- Discordo parcialmente (2)
- Nem concordo nem discordo (3)
- Concordo parcialmente (4)
- Concordo totalmente (5)

Fim do bloco: Mensagens de saúde nas redes sociais

---

Início do bloco: Controle e esforço

Q1 Leia as seguintes perguntas atentamente e responda conforme a sua opinião. Não há respostas certas ou erradas e as respostas são anónimas.

-----

Q2 Quanto controlo é que as pessoas têm sobre o seu peso?

- Controlo completo (1)
- Muito controlo (2)
- Algum controlo (3)
- Um pouco de controlo (4)
- Nenhum controlo (5)

-----

Q3 As pessoas com mais peso esforçam-se para controlar o seu peso (por exemplo, para perder peso)?

- Discordo totalmente (1)
- Discordo parcialmente (2)
- Nem concordo nem discordo (3)
- Concordo parcialmente (4)
- Concordo totalmente (5)

Fim do bloco: Controlo e esforço

---

Início do bloco: Atitudes direcionadas a pessoas com mais peso

Q91 Leia as seguintes perguntas atentamente e responda conforme a sua opinião. Não há respostas certas ou erradas e as respostas são anónimas.

-----

Q53 Dos seguintes adjetivos, indique o quanto, na sua opinião, cada um descreve pessoas com excesso de peso:

	1 - Não são nada assim (1)	2 (2)	3 - São mais ou menos assim (3)	4 (4)	5 - São mesmo assim. (5)
Preguiçosos/as (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desleixados/as (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivados/as (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auto-disciplinados/as (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Têm má higiene pessoal (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Q55 Indique quanto sente cada uma das seguintes emoções relativamente a pessoas com excesso de peso:

	1- Nada (1)	2 (2)	3 - Moderadamente (3)	4 (4)	5 - Muito (5)
Pena (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raiva (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nojo (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Q79 Indique a que categoria de peso considera pertencer:

- Baixo peso (1)
  - Peso normal (2)
  - Excesso de peso (3)
  - Obesidade (4)
  - Prefiro não responder (5)
- 

Q75 Tem membros da sua família com excesso de peso?

- Sim (1)
  - Não (2)
  - Prefiro não responder (3)
- 

Q90 Tem amigos com excesso de peso?

- Sim (1)
- Não (2)
- Prefiro não responder (4)

**Fim do bloco: Atitudes direcionadas a pessoas com mais peso**

---

**Início do bloco: DEBRIEFING / EXPLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Q48 Muito obrigada por ter participado neste estudo. Conforme adiantado no início da sua participação, o estudo incide sobre mensagens de saúde e pretende **avaliar se uma mensagem informativa pode ser utilizada para diminuir o estigma dirigido a pessoas com mais peso**. Mais especificamente, procura estudar (1) a utilidade e os efeitos de uma mensagem sobre a saúde nas crenças acerca da controlabilidade do peso e o esforço que as pessoas com mais peso exercem para o controlar; (2) o efeito destes nas atitudes direcionadas a pessoas com mais peso. No âmbito da sua participação, preencheu uma escala com atitudes acerca das pessoas com mais peso após ler uma mensagem no formato de uma publicação em redes sociais. Este é um estudo experimental, que procura avaliar o impacto da apresentação de uma mensagem sobre saúde, nas atitudes face a pessoas com mais peso, com informação sobre: 1- as causas e fatores não controláveis por trás do peso (por exemplo, o papel da genética) e 2- as tentativas de controlo de peso pelas pessoas com mais peso (por exemplo, fazer exercício e ter uma alimentação saudável). Assim, os participantes foram divididos em dois grupos, o grupo 1 leu uma mensagem de saúde que abordava fatores genéticos do peso e dados sobre tentativas de controlo de peso na população portuguesa, o grupo 2 leu uma mensagem que apresentava dados sobre a obesidade e a sua prevalência em Portugal. Expectamos que aqueles que visualizaram a primeira mensagem reportem atitudes mais positivas face às pessoas com mais peso. **Se tiver alguma dúvida, comentário** ou interesse em saber resultados e conclusões do estudo, poderá enviar email para: Carolina Lopes - [csvls1@iscte-iul.pt](mailto:csvls1@iscte-iul.pt) Orientadora, Profª Drª Síbila Marques - [sibila.marques@iscte-iul.pt](mailto:sibila.marques@iscte-iul.pt) **Se tiver interesse** em saber mais, deixamos alguns recursos informacionais: Alguns factos sobre obesidade - [https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity\\_Factsheet\\_Final\\_%28website%29.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity_Factsheet_Final_%28website%29.pdf) [https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Roots\\_of\\_Obesity.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Roots_of_Obesity.pdf) O que é o estigma de peso - Weight Stigma | World Obesity Federation A ciência da controlabilidade do peso - <https://doi.org/10.1017/iop.2023.78> **Se sentir necessidade** ou interesse, partilhamos alguns recursos de apoio: SOS VOZ AMIGA Horário: Diariamente das 15:30 às 00:30 Contacto Telefónico: 213 544 545 | 912 802 669 | 963 524 660 CONVERSA AMIGA Horário: 15:00 – 22:00 Contacto Telefónico: 808 237 327 | 210 027 159 VOZES AMIGAS DE ESPERANÇA DE PORTUGAL Horário: 16:00 – 22:00 Contacto Telefónico: 222 030 707 TELEFONE DA AMIZADE Horário: 16:00 – 23:00 Contacto Telefónico: 222 080 707 VOZ DE APOIO Horário: 21:00 – 24:00 Contacto Telefónico: 225 506 070 Email: [sos@vozdeapoio.pt](mailto:sos@vozdeapoio.pt) **Mais uma vez, obrigado pela sua participação.**

Fim do bloco: DEBRIEFING / EXPLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

---

## Anexo B – Vinhetas Grupo Experimental



**Saúde**  
para todos

### Peso e classificações de IMC

O índice de massa corporal é utilizado para estimar o nível de gordura corporal. É usado para categorizar as pessoas:

- Abaixo de peso - IMC abaixo de 18.5
- Peso normal - IMC entre 18.5 a 24.9
- Excesso de peso – IMC entre 25 a 29.9
- Obesidade – IMC acima de 30

A obesidade está associada a problemas de saúde como:

- Enfarte do miocárdio
- Diabetes tipo 2
- Hipertensão
- ...



## Causas e estabilidade do peso

- A genética influencia 40-70% do nosso peso.
- O sono, alguns medicamentos e doenças, a gravidez e experiências de estigma são fatores importantes.
  - O corpo humano tem mecanismos para prevenir a malnutrição que dificultam a perda de peso e a manutenção do peso perdido.
  - O exercício físico é importante para a saúde geral, mas não é um fator significativo no controlo do peso.
  - Uma rotina atarefada/com stress também afetam a alteração do peso a longo prazo.

Existe uma crença enraizada de que as pessoas com mais peso não se esforçam para o perder. No entanto os estudos mostram que:

**78%** das pessoas com obesidade **esforçam-se** para perder peso

Procuram comer porções mais pequenas, manter uma alimentação saudável e praticar atividade física.

### Bibliografia:

Dixon, J. B. (2009). The effect of obesity on health outcomes. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 316(2), 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2009.07.008>

Instituto Nacional de Estatística. (2020, 26 de Junho). *Inquérito Nacional de Saúde 2019*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=441370700&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=441370700&att_display=n&att_download=y)

Jan, A., & Weir, C. B. (2021). BMI classification percentile and cut off points. *StatPearls: Treasure Island, FL, USA*, 1-4.

Lemon, S. C., Rosal, M. C., Zapka, J., Borg, A., & Andersen, V. (2009). Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: Differences by body mass index and gender. *Body Image*, 6(2), 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.11.004>

Santos, I., Andrade, A., & Teixeira, P. (2015). Tentativas de controlo do peso na população adulta portuguesa: Prevalência, motivos e comportamentos. *Acta Médica Portuguesa*, 28(1), 77-86. <https://doi.org/10.20344/amp.5727>.

World Obesity Day (s.d.). Obesity Fact Sheet. [https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity\\_Factsheet\\_Final\\_%28website%29.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity_Factsheet_Final_%28website%29.pdf)

World Obesity Day (s.d.). The Roots of Obesity Run Deep. [https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/English\\_ROO\\_%282%29.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/English_ROO_%282%29.pdf)

Images designed by Freepick



## **Anexo C – Consentimento informado**

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação inserido numa dissertação do mestrado de Psicologia Social da Saúde, no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, e tem por objetivo estudar mensagens sobre saúde e crenças de saúde. O estudo é realizado por Carolina Lopes (csvls1@iscte-iul.pt) e é orientado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sibila Marques (sibila.marques@iscte-iul.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer alguma dúvida ou partilhar algum comentário. A sua participação no estudo, que será muito valorizada pois irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em preencher um questionário de aproximadamente 7 minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. A participação no estudo é estritamente voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também anónima e confidencial. Os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

- o Declaro ter compreendido os objetivos do estudo e aceito participar.
- o Não aceito participar.

## Anexo D – Vinhetas Grupo de Controlo



### O peso e a saúde



### Peso e classificações de IMC

O índice de massa corporal é utilizado para estimar o nível de gordura corporal. O IMC é usado para definir uma pessoa como abaixo de peso, peso normal, excesso de peso ou com obesidade.

- Abaixo de peso - IMC abaixo de 18.5
- Peso normal - IMC entre 18.5 a 24.9
- Excesso de peso – IMC entre 25 a 29.9
- Obesidade – IMC acima de 30



## Prevalência de obesidade

Segundo a World Health Organization, em 2022, 43% das pessoas com mais de 18 anos tinham excesso de peso e 16% tinham obesidade.

O mesmo ocorre em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2019:

36.6% tem  
excesso de  
peso

16.9% têm  
obesidade

## Relação peso saúde

Investigação tem encontrado que a obesidade pode causar determinadas condições como, por exemplo:

- Hipoventilação (ventilação reduzida)
- Apneia obstrutiva do sono (interrupções da respiração durante o sono)
- Esteatose hepática (acúmulo de gordura no fígado).

Também está associada a alguns problemas de saúde como:

- Infarto do miocárdio
- Diabetes tipo 2
- Hipertensão, entre outros.

Bibliografia:

Dixon, J. B. (2009). The effect of obesity on health outcomes. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 316(2), 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2009.07.008>

Instituto Nacional de Estatística. (2020, 26 de Junho). *Inquérito Nacional de Saúde 2019*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=441370700&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=441370700&att_display=n&att_download=y)

Jan, A., & Weir, C. B. (2021). BMI classification percentile and cut off points. StatPearls: Treasure Island, FL, USA, 1-4.

World Health Organization: WHO. (2024, 1 de Março). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Images designed by Freepick



## **Anexo E – Debriefing**

Muito obrigada por ter participado neste estudo. Conforme adiantado no início da sua participação, o estudo incide sobre mensagens de saúde e pretende **avaliar se uma mensagem informativa pode ser utilizada para diminuir o estigma dirigido a pessoas com mais peso**. Mais especificamente, procura estudar (1) a utilidade e os efeitos de uma mensagem sobre a saúde nas crenças acerca da controlabilidade do peso e o esforço que as pessoas com mais peso exercem para o controlar; (2) o efeito destes nas atitudes direcionadas a pessoas com mais peso. No âmbito da sua participação, preencheu uma escala com atitudes acerca das pessoas com mais peso após ler uma mensagem no formato de uma publicação em redes sociais. Este é um estudo experimental, que procura avaliar o impacto da apresentação de uma mensagem sobre saúde, nas atitudes face a pessoas com mais peso, com informação sobre: 1- as causas e fatores não controláveis por trás do peso (por exemplo, o papel da genética) e 2- as tentativas de controlo de peso pelas pessoas com mais peso (por exemplo, fazer exercício e ter uma alimentação saudável). Assim, os participantes foram divididos em dois grupos, o grupo 1 leu uma mensagem de saúde que abordava fatores genéticos do peso e dados sobre tentativas de controlo de peso na população portuguesa, o grupo 2 leu uma mensagem que apresentava dados sobre a obesidade e a sua prevalência em Portugal. Expectamos que aqueles que visualizaram a primeira mensagem reportem atitudes mais positivas face às pessoas com mais peso. **Se tiver alguma dúvida, comentário** ou interesse em saber resultados e conclusões do estudo, poderá enviar email para: Carolina Lopes - csvls1@iscte-iul.pt Orientadora, Profª Drª Síbila Marques - sibila.marques@iscte-iul.pt

**Se tiver interesse** em saber mais, deixamos alguns recursos informacionais: Alguns factos sobre obesidade -

[https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity\\_Factsheet\\_Final\\_%28website%29.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Obesity_Factsheet_Final_%28website%29.pdf)

[https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Roots\\_of\\_Obesity.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Roots_of_Obesity.pdf) O que é o estigma de peso - Weight Stigma | World Obesity Federation A ciência da controlabilidade do peso -

<https://doi.org/10.1017/iop.2023.78>

**Se sentir necessidade** ou interesse, partilhamos alguns recursos de apoio: SOS VOZ AMIGA Horário:

Diariamente das 15:30 às 00:30 Contacto Telefónico: 213 544 545 | 912 802 669 | 963 524 660

CONVERSA AMIGA Horário: 15:00 – 22:00 Contacto Telefónico: 808 237 327 | 210 027 159 VOZES

AMIGAS DE ESPERANÇA DE PORTUGAL Horário: 16:00 – 22:00 Contacto Telefónico: 222 030 707

TELEFONE DA AMIZADE Horário: 16:00 – 23:00 Contacto Telefónico: 222 080 707 VOZ DE APOIO

Horário: 21:00 – 24:00 Contacto Telefónico: 225 506 070 Email: [sos@vozdeapoio.pt](mailto:sos@vozdeapoio.pt)

**Mais uma vez, obrigado pela sua participação.**

## Anexo F – Pressuposto da Normalidade para a realização do Teste *t*

### I. Teste *t* para Esforço e Controlo

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Grupo_dummy (GC0, GE1)	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Quanto controlo é que as pessoas têm sobre o seu peso?	GC	,277	89	<,001	,810	89	<,001
	GE	,309	87	<,001	,830	87	<,001
As pessoas com mais peso esforçam-se para controlar o seu peso (por exemplo, para perder peso)?	GC	,221	89	<,001	,871	89	<,001
	GE	,301	87	<,001	,858	87	<,001

a. Lilliefors Significance Correction

As variáveis controlabilidade e esforço não apresentam distribuição normal (e.g.,  $KS(89) = .277, p < .001$ ), violando o pressuposto da normalidade. Uma vez que a amostra é superior a 30, podemos invocar o Teorema do Limite Central, ou seja, em amostras com grande dimensão a média amostral seguirá uma distribuição aproximadamente normal, se a distribuição não for fortemente assimétrica. Estas variáveis apresentaram um *Z*-score inferior a 3.29 em ambos os grupos (controlo:  $Z = 1.36$  no grupo de controlo,  $Z = 0.38$  no grupo experimental; esforço:  $Z = 2.11$  no grupo de controlo,  $Z = 2.62$  no grupo de experimental), não tendo uma distribuição fortemente assimétrica. Logo, pode-se considerar que as variáveis apresentam uma distribuição aproximadamente normal em ambos os grupos (H. Kim, 2013).

### II. Teste *t* para Emoções e Estereótipos de Peso Negativos

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Grupo_dummy (GC0, GE1)	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Indique quanto sente cada uma das seguintes emoções relativamente a pessoas com excesso de peso: - Pena	0	,225	89	<,001	,856	89	<,001
	1	,191	87	<,001	,849	87	<,001
Indique quanto sente cada uma das seguintes emoções relativamente a pessoas com excesso de peso: - Raiva	0	,459	89	<,001	,540	89	<,001
	1	,503	87	<,001	,432	87	<,001
Indique quanto sente cada uma das seguintes emoções relativamente a pessoas com excesso de peso: - Nojo	0	,431	89	<,001	,585	89	<,001
	1	,502	87	<,001	,434	87	<,001
EstNegPeso	0	,113	89	,007	,974	89	,072
	1	,082	87	,200*	,981	87	,216

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

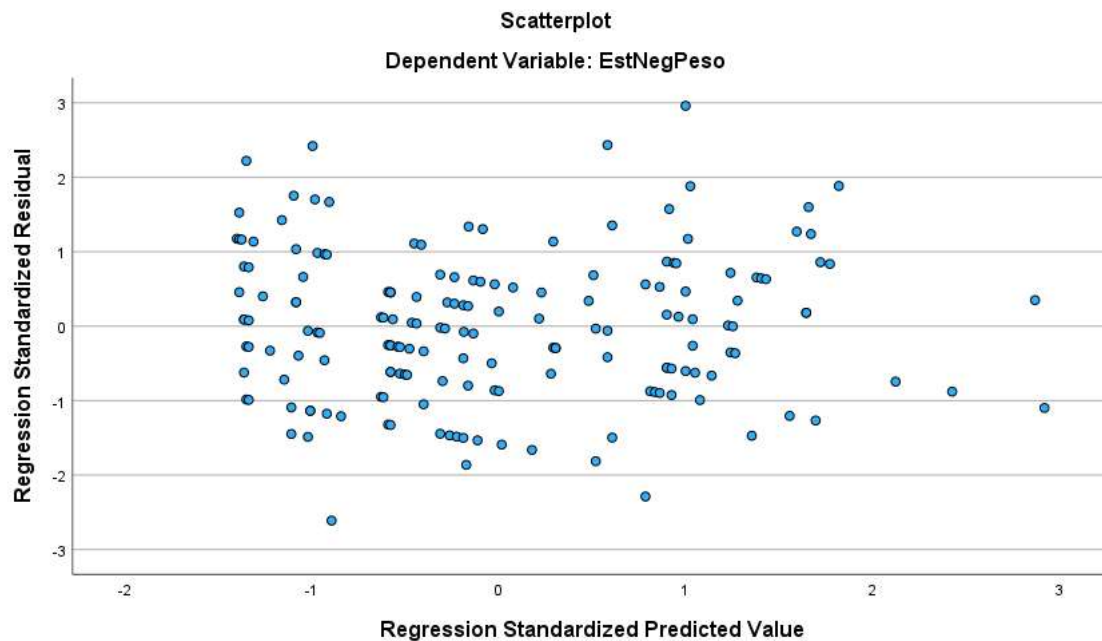
As variáveis raiva e nojo não apresentam distribuição normal (raiva:  $KS(89) = 0.46, p < .001$  para o grupo de controlo e  $KS(87) = 0.50, p < .001$  para o grupo experimental; nojo:  $KS(89) = 0.43, p < .001$  para o grupo de controlo e  $KS(87) = 0.50, p < .001$  para o grupo experimental)

violando o pressuposto da normalidade. Uma vez que a amostra é superior a 30, podemos invocar o Teorema do Limite Central, ou seja, amostras com grande dimensão a média amostral seguirá uma distribuição aproximadamente normal se a distribuição não for fortemente assimétrica.

As variáveis raiva e nojo apresentaram um Z-score superior a 3.29 (raiva:  $Z = 8.22$  no grupo de controlo e  $Z = 9.38$  no grupo experimental; nojo:  $Z = 7.63$  no grupo de controlo e  $Z = 9.89$  no grupo experimental), demonstrando uma assimetria demasiado acentuada para se considerar a distribuição aproximadamente normal (H. Kim, 2013). A variável estereótipos de peso negativos apresentou distribuição normal no grupo experimental ( $KS(87) = 0.08, p = .2$ ) mas não no grupo de controlo ( $KS(89) = 0.11, p = .01$ ). A variável pena não apresentou distribuição normal nos dois grupos ( $KS(89) = 0.23, p < .001$  e  $KS(87) = 0.19, p < .001$ ). Ainda assim, uma vez que a amostra é superior a 30, é possível invocar o Teorema do Limite Central, e, ao apresentarem Z-scores inferiores a 3.29 (estereótipos:  $Z = 1.80$  no grupo de controlo; pena:  $Z = 1.88$  no grupo de controlo e  $Z = 2.20$  no grupo experimental), a distribuição pode ser considerada aproximadamente normal (H. Kim, 2013).

## Anexo G – Pressupostos de Regressão Linear Múltipla

### I. A relação entre o X e Y é linear nos parâmetros $\beta$



A relação é linear uma vez que a distribuição dos resíduos é aleatória, logo verifica-se o pressuposto

### II. Os erros distribuem-se independentemente uns dos outros

**Model Summary<sup>c</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	Durbin-Watson
1	,378 <sup>a</sup>	,143	,127	,56818	,143	9,269	3	167	<,001	
2	,410 <sup>b</sup>	,168	,148	,56153	,025	4,978	1	166	,027	2,141

a. Predictors: (Constant), familia, Qual é a sua idade?, sex\_dummy (F0, M1)  
b. Predictors: (Constant), familia, Qual é a sua idade?, sex\_dummy (F0, M1), Grupo\_dummy (GC0, GE1)  
c. Dependent Variable: EstNegPeso

O Durbin-Watson (DW) tem um valor próximo de 2 (DW=2.14), verificando-se o pressuposto.

### III. Os erros seguem uma distribuição normal

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual	,045	171	,200*	,995	171	,883

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Segue distribuição normal (KW(171)=0.045,  $p=.2$ ), deste modo verifica-se o pressuposto.

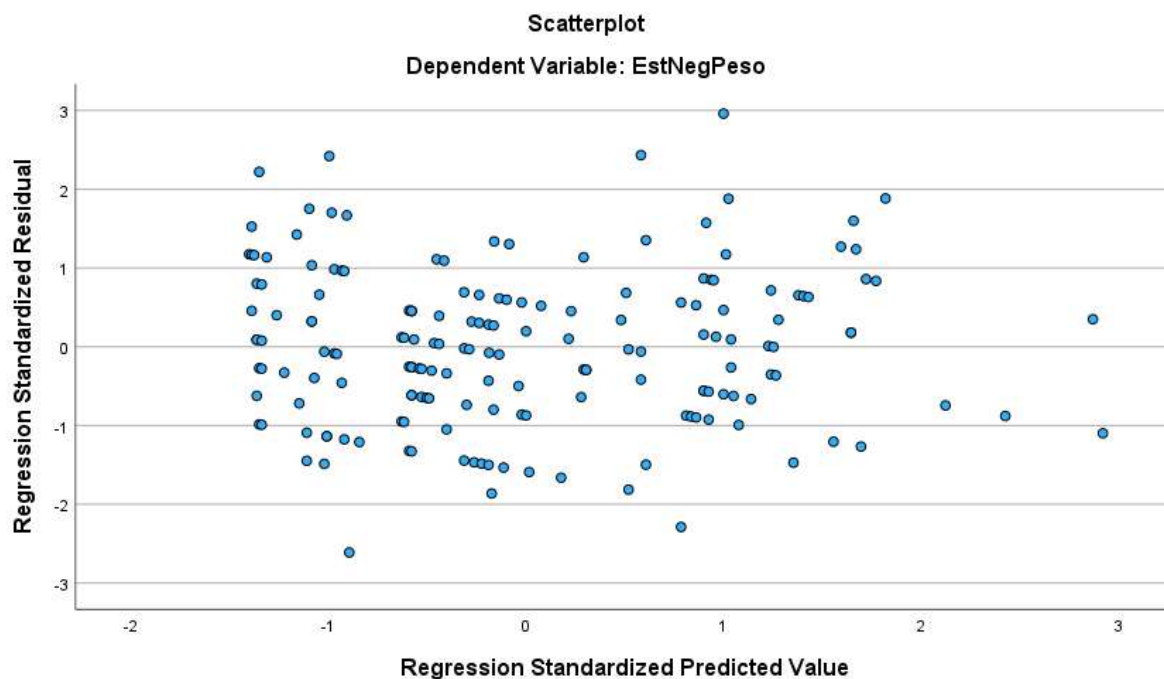
#### IV. Os erros têm média zero

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,3405	3,4167	2,6889	,24907	171
Std. Predicted Value	-1,399	2,922	,000	1,000	171
Standard Error of Predicted Value	,070	,153	,095	,017	171
Adjusted Predicted Value	2,3208	3,4569	2,6890	,24975	171
Residual	-1,46667	1,66156	<b>,00000</b>	,55489	171
Std. Residual	-2,612	2,959	,000	,988	171
Stud. Residual	-2,648	3,016	,000	1,003	171
Deleted Residual	-1,50697	1,72637	-,00009	,57225	171
Stud. Deleted Residual	-2,697	3,093	,001	1,009	171
Mahal. Distance	1,682	11,624	3,977	1,810	171
Cook's Distance	,000	,071	,006	,010	171
Centered Leverage Value	,010	,068	,023	,011	171

a. Dependent Variable: EstNegPeso

Verifica-se o pressuposto (*residual mean* = 0).

V. Têm variância constantes qualquer que seja o valor de X (homocedasticidade dos erros).



A distribuição dos erros apresenta um padrão de variabilidade constante à volta dos resíduos iguais a 0.

## VI. Ausência de multicolinearidade das variáveis explicativas

Coefficients <sup>a</sup>											
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	2,684	,154		17,416	<,001					
	Qual é a sua idade?	,003	,003	,070	,948	,345	,146	,073	,068	,953	1,049
	sex_dummy (F0, M1)	,457	,102	,329	4,463	<,001	,311	,326	,320	,942	1,061
	familia	-,287	,107	-,197	-2,685	,008	-,154	-,203	-,192	,958	1,044
2	(Constant)	2,768	,157		17,643	<,001					
	Qual é a sua idade?	,003	,003	,080	1,097	,274	,146	,085	,078	,950	1,053
	sex_dummy (F0, M1)	,456	,101	,329	4,508	<,001	,311	,330	,319	,942	1,061
	familia	-,292	,106	-,200	-2,768	,006	-,154	-,210	-,196	,957	1,045
	Grupo_dummy (GC0, GE1)	-,192	,086	-,158	-2,231	,027	-,146	-,171	-,158	,995	1,005

a. Dependent Variable: EstNegPeso

O Fator Inflacionador da Variância (VIF) não é superior a 10 (ou, se mais exigente, superior 5), sendo o valor mais elevado VIF = 1.06, logo, não existe uma forte correlação linear entre as variáveis explicativas.