



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO



Emilly Kamily Arantes Moreira

Associação entre estigma internalizado do peso e qualidade de vida em adultos e idosos com excesso de peso usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Ouro Preto

Ouro Preto, MG 2026

Emilly Kamilly Arantes Moreira

Associação entre estigma internalizado do peso e qualidade de vida em adultos e idosos com excesso de peso usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Ouro Preto

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Érika Cardoso dos Reis.

Coorientadora: Vitória Regina Pinto.

OURO PRETO

2026



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE NUTRICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE NUTRICAÇÃO CLÍNICA E SOCIAL



FOLHA DE APROVAÇÃO

Emilly Kamilly Arantes Moreira

Associação entre estigma internalizado do peso e qualidade de vida em adultos e idosos usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Ouro Preto

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Nutricionista.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2026.

Membros da banca

Dr^a Erika Cardoso dos Reis - Orientadora - (Universidade Federal de Ouro Preto)
Doutoranda Vitória Regina Pinto - Coorientadora - (Universidade Federal de Ouro Preto)
Dr^a - Júlia Cristina Cardoso Carraro - (Universidade Federal de Ouro Preto)
Dr^a - Silvia Fernandes Maurício - (Universidade Federal de Ouro Preto)

Erika Cardoso dos Reis, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 29/04/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Erika Cardoso dos Reis, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 30/04/2026, às 12:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1098842** e o código CRC **A3EF827E**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus, que sempre esteve comigo, me sustentando nos momentos de fraqueza, me guiando quando eu não sabia para onde ir e me dando forças para continuar quando pensei em desistir. Nada disso teria sido possível sem Sua presença constante em minha vida e sem as intercessões da minha Mãezinha, Nossa Senhora, que sempre cuidou de mim com tanto amor. Agradeço, com todo o meu coração, às três mulheres que são a base da minha vida, meu maior exemplo de amor, força e fé: minha avó Maria das Graças, minha mãe Karina e minha tia Keila. Cada conquista minha carrega um pouco da renúncia, das orações silenciosas e do apoio incondicional de vocês. Chegar até aqui só foi possível porque nunca caminhei sozinha - vocês são tudo para mim. Ao meu namorado Miguel, agradeço por ser meu apoio constante, por segurar minha mão nos momentos de insegurança e por compartilhar comigo cada conquista. Obrigada por estar presente nos dias difíceis, mas, principalmente, por tornar os dias felizes ainda mais especiais. Sem você, nada teria a mesma graça, - te amo. Às amigas que a universidade me presenteou e se tornaram minhas irmãs: Livia, Iza, Carol, Julinha, Bruna, Paula, Maria Teresa e Duda, agradeço por terem sido meu abraço nos dias difíceis e minha alegria nos dias leves. Com vocês, construí memórias que levarei para a vida inteira e encontrei uma família em Ouro Preto, - amo cada uma de vocês. Às minhas amigas de casa, Rayane, Natália e Anna Rita, muito obrigada por todo o cuidado, carinho e companheirismo. Vocês transformaram nossa casa em um verdadeiro lar, onde encontrei acolhimento mesmo longe da minha família, amo vocês! À minha família e aos amigos de vida, assim como aos que encontrei ao longo dessa caminhada, agradeço por cada oração, palavra de incentivo e gesto de carinho. Mesmo à distância, senti o apoio de vocês em cada passo dado até aqui. Carrego todos em meu coração. Agradeço, de forma especial e com profunda admiração, a duas mulheres extraordinárias, Erika e Vitória, que acreditaram em mim e tornaram este trabalho possível. Obrigada por cada orientação, pela paciência, pelo incentivo e por não soltarem minha mão em nenhum momento. Sem vocês, este trabalho não teria saído do papel. Minha eterna gratidão. Por fim, agradeço à Universidade Federal de Ouro Preto, ao CNPq e à Fapemig pelo apoio à pesquisa, à Escola de Nutrição e a todos os professores que fizeram parte da minha formação, oferecendo um ensino público, gratuito e de qualidade. Hoje, tenho orgulho de receber o título de Bacharel em Nutrição nesta instituição que tanto contribuiu para quem eu me tornei. Vó, mãe e tia: nós conseguimos. Cada lágrima, cada oração e cada renúncia valeram a pena. Esse diploma é nosso. Obrigada, Jesus!

EPÍGRAFE

*“Aquele que coloca tudo nas mãos de Deus,
Em breve verá as mãos de Deus em tudo.”*
(Santa Terezinha do Menino Jesus)

RESUMO

O sobrepeso e a obesidade são agravos de saúde pública de natureza multifatorial, caracterizados pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que compromete a saúde. Reconhecida como uma doença crônica, a obesidade afeta milhões de pessoas e está associada a diversas complicações, como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e redução da qualidade de vida. Essa última refere-se à percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerando seus objetivos, expectativas e contexto sociocultural, sendo influenciada por dimensões físicas, emocionais e sociais. Além disso, ela pode ser influenciada pelo estigma relacionado ao peso que é compreendido como o processo de rotulação e discriminação de pessoas que não se enquadram nos padrões corporais socialmente aceitos e que, quando internalizado, pode gerar sentimentos de culpa, vergonha e inferioridade, prejudicando a autoestima, o bem-estar e o autocuidado. O presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre o estigma internalizado do peso e a qualidade de vida em adultos e idosos com sobrepeso e obesidade usuários da Atenção Primária à Saúde no município de Ouro Preto, Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal, observacional e analítico, realizado com 48 participantes. O estigma internalizado foi avaliado por meio da escala *WBIS-M* e a qualidade de vida pelo *WHOQOL-bref*. As análises incluíram estatística descritiva e regressão logística binária, com ajuste para idade, sexo, índice de massa corporal, escolaridade, ansiedade e depressão. Observou-se que 45,83% dos participantes foram classificados com maior internalização do estigma (escore médio *WBIS-M*: $3,02 \pm 1,25$). Os resultados mostraram associações significativas ($p < 0,05$), embora com efeitos de tamanho pequeno (OR ajustado 4,83-35,18), entre maior estigma internalizado e pior qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e escore global, após ajuste para confundidores. O domínio psicológico apresentou maior magnitude de associação (OR = 28,21; $p = 0,018$). Conclui-se que o estigma internalizado do peso exerce impacto negativo e independente sobre a qualidade de vida de adultos e idosos com excesso de peso, especialmente no âmbito psicológico, reforçando a necessidade de abordagens multiprofissionais, humanizadas e livres de estigmatização no cuidado à obesidade no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: obesidade; estigma do peso; qualidade de vida; saúde pública; psicossocial.

ABSTRACT

Overweight and obesity are multifactorial public health issues characterized by an excessive accumulation of body fat that compromises health. Recognized as a chronic disease, obesity affects millions of people and is associated with various complications, such as type 2 diabetes, high blood pressure, dyslipidemia, cardiovascular disease, certain types of cancer, and a reduced quality of life. The latter refers to an individual's perception of their place in life, considering their goals, expectations, and sociocultural context, and is influenced by physical, emotional, and social dimensions. Furthermore, it can be influenced by weight-related stigma, which is understood as the process of labeling and discriminating against people who do not fit socially accepted body standards and which, when internalized, can generate feelings of guilt, shame, and inferiority, undermining self-esteem, well-being, and self-care. The present study aimed to evaluate the association between internalized weight stigma and quality of life in overweight and obese adults and older adults using Primary Health Care in the municipality of Ouro Preto, Minas Gerais. This is a cross-sectional, observational, and analytical study conducted with 48 participants. Internalized stigma was assessed using the WBIS-M scale, and quality of life using the WHOQOL-bref. Analyses included descriptive statistics and binary logistic regression, adjusted for age, sex, body mass index, education level, anxiety, and depression. It was observed that 45.83% of the participants were classified as having higher internalized stigma (mean WBIS-M score: 3.02 ± 1.25). The results showed significant associations ($p < 0.05$), although with small effect sizes (adjusted OR 4.83–35.18), between higher internalized stigma and poorer quality of life in the physical, psychological, and social relations domains and the overall score, after adjusting for confounders. The psychological domain showed the strongest association (OR = 28.21; $p = 0.018$). It is concluded that internalized weight stigma exerts a negative and independent impact on the quality of life of overweight adults and older adults, especially in the psychological domain, reinforcing the need for multidisciplinary, humanized, and stigma-free approaches to obesity care in the context of Primary Health Care.

Keywords: obesity; weight stigma; quality of life; public health; psychosocial.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|--------|
| Tabela 1- Características sociodemográficas de adultos e idosos com sobrepeso e obesidade, Ouro Preto, 2025..... | 2 5 |
| Tabela 2- Hábitos de vida e condições de saúde de adultos e idosos com sobrepeso e obesidade, Ouro Preto. 2025..... | 2 6 |
| Tabela 3 - Avaliação do estigma internalizado do peso em adultos e idosos com sobrepeso e obesidade de acordo com a ferramenta WBIS-M, Ouro Preto, 2025..... | 2 8 |
| Tabela 4 - Avaliação do escore geral da qualidade de vida em adultos e idosos com sobrepeso e obesidade de acordo com a ferramenta WHOQOL-bref, Ouro Preto, 2025..... | 2 9 |
| Tabela 5 - Avaliação dos domínios da qualidade de vida em adultos e idosos com sobrepeso e obesidade de acordo com a ferramenta WHOQOL-bref, Ouro Preto, 2025..... | 3 0 |
| Tabela 6: Associação entre estigma internalizado do peso e domínios da qualidade de vida (Regressão logística binária)..... | 3 1 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

C

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

D

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis DP – Desvio-padrão

I

IC 95 – Intervalo de confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corporal

M

m-Health – Mobile Health (saúde móvel)

O

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde OR – *Odds Ratio*

P

PAD – Pressão Arterial Diastólica PAS – Pressão Arterial Sistólica

S

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

T

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

U

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto

W

WBIS-M – *Modified Weight Bias Internalization Scale*

WHO – *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde) WHOQOL-bref – *World Health Organization Quality of Life – versão abreviada* WOF – *World Obesity Federation*

SUMÁRIO

| | | |
|------|--|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. | REFERENCIAL TEÓRICO | 14 |
| 2.1 | Obesidade..... | 14 |
| 2.2 | Definição..... | |
| 2.3 | Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção Primária à Saúde..... | 14 |
| 2.4 | Epidemiologia da obesidade do mundo e no Brasil..... | 14 |
| 2.5 | Etiologia da obesidade..... | 15 |
| 2.6 | Condições associadas à obesidade..... | 16 |
| 2.8 | Medidas e Índices antropométricos..... | 16 |
| 2.10 | Complicações do sobrepeso e obesidade..... | 17 |
| 2.10 | Qualidade de vida..... | 18 |
| 3. | OBJETIVOS | 20 |
| | Objetivo Geral..... | 20 |
| | Objetivos Específicos..... | 20 |
| 4. | METODOLOGIA | 21 |
| 4.1 | Desenho do estudo..... | 21 |
| 4.2 | População e amostra..... | 21 |
| 4.3 | Critérios de inclusão e exclusão..... | 21 |
| 4.4 | Instrumentos e variáveis a serem avaliadas..... | 22 |
| 4.5 | Coleta de dados..... | 22 |
| 4.7 | Comitê de Ética em Pesquisa..... | 23 |
| 5. | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 25 |
| 6. | CONCLUSÃO | 34 |
| | REFERÊNCIAS | 35 |
| | ANEXO I | 44 |
| | ANEXO II | 45 |

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é reconhecida como uma condição crônica multifatorial que afeta milhões de pessoas em todo o mundo (WHO, 2024). Segundo a World Obesity Federation (2024), em 2024 havia mais de 1 bilhão de adultos com obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) e 2,5 bilhões com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Apesar dos avanços, persiste uma lacuna científica quanto à associação entre estigma internalizado do peso e qualidade de vida em populações específicas da APS brasileira, especialmente incluindo idosos, onde fatores como sarcopenia e comorbidades agravam os impactos psicossociais. Ainda não se sabe se essa relação se mantém independente de confundidores como ansiedade e depressão em contextos municipais como Ouro Preto-MG.

Essa condição eleva significativamente o risco de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, alguns tipos de cânceres, como colorretal e de mama, e distúrbios articulares (Lecube, 2024). Esses efeitos levam à mortalidade precoce, redução da expectativa de vida saudável e sobrecarga aos sistemas de saúde, com custos elevados em tratamentos de comorbidades crônicas (Savela, Piccinin, 2025).

No entanto, para além das consequências físicas e metabólicas, é fundamental considerar os aspectos psicossociais envolvidos no excesso de peso, especialmente o estigma social que recai sobre as pessoas com obesidade ou sobrepeso (Taroza, Pessa, 2020). Esse estigma pode se manifestar de forma explícita, como em situações de zombarias, exclusão ou atendimento inadequado caracterizado pela adoção de abordagens culpabilizadoras, pela redução das queixas do indivíduo exclusivamente ao peso corporal e pela menor oferta de cuidado integral, ou de maneira sutil e sistemática, como quando essas pessoas enfrentam barreiras no acesso a oportunidades de trabalho, estudo e cuidado em saúde (Alimoradi et al., 2020).

O conceito de estigma foi amplamente discutido por Erving Goffman (1988), que o define como um atributo que desacredita um indivíduo, diminuindo seu valor social e gerando uma identidade deteriorada perante os outros. O estigma ocorre quando há uma discrepância entre a identidade social virtual, aquilo que os outros esperam, e a identidade social real, quem a pessoa realmente é. Essa condição de indivíduo estigmatizado contribui para a exclusão social e reforça desigualdades que impactam diretamente a saúde emocional e o bem-estar de quem sofre com a rotulagem (Goffman, 1988).

O estigma relacionado ao peso pode manifestar-se de diferentes formas, incluindo o estigma interpessoal, expresso por atitudes discriminatórias, comentários depreciativos e exclusão social nas interações cotidianas, e o estigma estrutural, presente em normas, práticas institucionais e discursos sociais que reforçam a marginalização desses indivíduos (Puhl,

Heuer, 2009). Quando o estigma é internalizado, ou seja, quando o próprio indivíduo passa a acreditar nos estereótipos negativos associados ao seu peso, os efeitos são ainda mais graves, com impactos significativos sobre a saúde emocional, o autocuidado e o bem-estar (Bidstrup, Brennan, Kaufmann et al., 2022). Estudos demonstram que o estigma internalizado está relacionado ao aumento de sintomas de ansiedade, depressão, vergonha do próprio corpo e baixa autoestima (Sarría-Santamera et al., 2019; Pakpour et al., 2019).

De acordo com Alimoradi et al. (2020), o estigma relacionado ao peso apresenta forte associação com o sofrimento psicológico em diferentes contextos culturais, evidenciando a necessidade de práticas e formações em saúde mais humanizadas e livres de julgamentos morais. Esses impactos negativos comprometem significativamente a qualidade de vida dos indivíduos, afetando o bem-estar psicológico, o funcionamento social e a satisfação com a vida, além de dificultar o autocuidado e aumentar o risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e outros agravos à saúde (Brasil, 2022).

Evidências adicionais demonstrando que o estigma internalizado do peso está consistentemente associado a piores desfechos em qualidade de vida, maiores níveis de depressão, ansiedade e isolamento social, além de atuar como importante barreira ao acesso e à continuidade do cuidado em saúde (Puhl, Suh, 2023; Cassimiro et al., 2025). Ademais, a presença de atitudes estigmatizantes por parte de profissionais de saúde pode afastar os indivíduos dos serviços de saúde, comprometendo ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade (Brasil, 2022).

Adicionalmente, o estigma internalizado prejudica múltiplos domínios da qualidade de vida, gerando impactos negativos no bem-estar emocional, autoestima e relações sociais, o que pode levar ao isolamento e redução da motivação para adesão a comportamentos saudáveis (Walsh et al., 2018). Esse comprometimento da qualidade de vida inclui piora da saúde mental, com aumento da ansiedade, depressão e insatisfação corporal, além de prejudicar o funcionamento social dos indivíduos (Zagaria et al., 2023).

Embora a obesidade seja amplamente estudada em seus aspectos clínicos e metabólicos, persistem lacunas sobre seus impactos psicossociais na APS brasileira, especialmente a associação independente entre estigma internalizado do peso e qualidade de vida em adultos e idosos usuários do SUS. Estudos internacionais mostram ORs de 2,0-5,0 para pior QV, mas dados nacionais são escassos, limitando diretrizes locais. Este trabalho preenche essa lacuna ao quantificar associações ajustadas em amostra real de APS, subsidiando práticas humanizadas livres de estigma no cuidado ao excesso de peso.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Obesidade

2.2 Definição

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que pode comprometer a saúde (OMS, 2024). Em adultos, considera-se sobrepeso quando o IMC varia de 25 a 29,9 kg/m², e obesidade quando o IMC for maior ou igual a 30 kg/m². Em idosos, os pontos de corte do IMC são ajustados, considerando a necessidade de reserva energética maior. Dessa forma, classifica-se com excesso de peso quando o IMC for maior que 27 kg/m². (Lipschitz, 2005; Brasil, 1994; WHO, 2024).

2.3 Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção Primária à Saúde

O SUS constitui o principal sistema de cuidado à obesidade no Brasil, organizando a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada para rastreamento sistemático por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), perímetro da cintura e estratificação de risco cardiovascular. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, Brasil, 2013) estabelece diretrizes para intervenções multiprofissionais que integram nutricionistas, médicos, enfermeiros e profissionais de educação física nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Contudo, barreiras como estigma profissional - manifestado por culpabilização e menor tempo de consulta para pacientes obesos - comprometem a adesão e continuidade do cuidado, conforme evidenciado por Puhl & Heuer (2009). Estratégias comprovadas incluem a capacitação em comunicação não estigmatizante, grupos multiprofissionais de apoio e uso de aplicativos m-health para monitoramento longitudinal, conforme preconiza a Caderneta de Saúde da Mulher e do Homem (Brasil, 2020). Este modelo humanizado potencializa a resolutividade da APS na obesidade sarcopênica e comorbidades associadas ao envelhecimento.

2.4 Epidemiologia da obesidade do mundo e no Brasil

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2022 cerca de 16% dos adultos apresentavam obesidade (890 milhões) (WHO, 2024). No Brasil, dados da PNS 2019 indicam 20,3% de obesidade na população adulta (IBGE, 2020). As projeções para os próximos anos indicam um agravamento desse cenário. Segundo o World Obesity Atlas (2024), estima-se que até 2030 cerca de 1,25 bilhão de adultos viverão com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²), inseridos em um contexto de aproximadamente 3 bilhões de adultos afetados pelo excesso de peso, sobrepeso e obesidade combinados (WOF, 2024). Estudos recentes apontam ainda que o excesso de peso poderá atingir quase 50% da população adulta mundial até 2030, reforçando a magnitude e a complexidade desse problema de saúde pública (OMS, 2024; WF, 2024).

No contexto brasileiro, o cenário segue a tendência mundial e acende um importante alerta. De acordo com dados da Fiocruz Brasília (2024), quase metade da população adulta do país poderá viver com obesidade nas próximas duas décadas, caso não sejam implementadas estratégias mais efetivas de prevenção e promoção da saúde. Esse aumento expressivo reflete o impacto das transformações sociais e econômicas ocorridas nas últimas décadas, incluindo a redução da atividade física, o consumo elevado de alimentos industrializados e a precarização das condições de vida em determinados grupos populacionais (Swinburn et al., 2011).

2.5 Etiologia da obesidade

O sobrepeso e a obesidade apresentam caráter multifatorial, podendo ser resultado tanto de um desequilíbrio entre ingestão e gasto energético, bem como envolver interação entre fatores biológicos, ambientais e comportamentais (WHO, 2024). Entre os fatores ambientais destacam-se os ambientes obesogênicos, caracterizados pela ampla disponibilidade de alimentos ultraprocessados, pela influência da publicidade alimentar e pela desigualdade no acesso a alimentos in natura e a espaços adequados para a prática de atividade física. Esses aspectos favorecem escolhas alimentares inadequadas e o sedentarismo (Lee et al., 2019; WHO, 2024).

Evidências científicas indicam que fatores genéticos desempenham papel central na predisposição à obesidade, com estudos identificando centenas de genes associados à regulação do peso corporal (Loos, Yeo, 2022; Tirthani, Said, Rehman, 2023). Polimorfismos genéticos, como os relacionados ao gene FTO, influenciam mecanismos fisiológicos fundamentais, incluindo o metabolismo energético, o controle do apetite e a sinalização neuroendócrina envolvida na saciedade (Montano, 2017; Loos, Yeo, 2022).

Além disso, existem formas monogênicas e sindrômicas da obesidade, geralmente associadas a mutações raras que afetam vias hipotalâmicas responsáveis pelo balanço energético, reforçando a complexidade biológica dessa condição (Tirthani, Said, Rehman, 2023). Fatores metabólicos e endócrinos, como resistência à insulina e alterações hormonais, contribuem para o desenvolvimento e a manutenção da obesidade, estando frequentemente associados a desigualdades socioeconômicas e determinantes sociais da saúde (Montano, 2017; Masood, Moorthy, 2023).

Paralelamente, fatores psicológicos exercem influência significativa sobre o ganho de peso, incluindo estresse crônico, ansiedade, depressão e outros transtornos emocionais, que podem desencadear comportamentos alimentares disfuncionais e interferir nos mecanismos neuroendócrinos de controle do peso corporal (Montano, 2017; Masood, Moorthy, 2023;). Dessa forma, a obesidade deve ser compreendida como um fenômeno complexo, que ultrapassa explicações individuais simplistas e exige abordagens integradas e multidimensionais para sua prevenção e tratamento (OMS, 2024; Brasil, 2021; Wanderley, Ferreira, 2010). No âmbito dos fatores comportamentais, dietas de alta densidade energética, consumo frequente de bebidas açucaradas, padrões alimentares irregulares e comportamentos sedentários, como o uso excessivo

de telas, contribuem para a manutenção de um balanço energético positivo ao longo do tempo (Lee et al., 2019; WHO, 2024). A interação desses fatores cria contextos que dificultam a adoção de hábitos de vida saudáveis, contribuindo para o desenvolvimento e a perpetuação do sobrepeso e da obesidade (Kebbe, 2018).

2.6 Condições associadas à obesidade

O excesso de peso está associado a diversas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a desfechos adversos de saúde ao longo da vida adulta e no envelhecimento, configurando-se como um importante fator de risco modificável em saúde pública (OMS, 2024). Em adultos, a obesidade apresenta forte associação com o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, doenças cardiovasculares, doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica e apneia obstrutiva do sono, além de aumentar o risco de alguns tipos de câncer, como os de mama, cólon e endométrio (WHO, 2024; Phelps et al., 2024). Evidências globais indicam que, em 2021, um índice de massa corporal acima do ideal contribuiu para aproximadamente 3,7 milhões de mortes, principalmente por causas cardiovasculares e metabólicas (Phelps et al., 2024).

Em idosos, a obesidade também se associa a importantes repercussões clínicas, incluindo maior prevalência de doenças cardiovasculares e metabólicas, inflamação crônica, redução da mobilidade e declínio funcional (Ferdinando, 2024). Estudos recentes destacam a relevância da obesidade sarcopênica, caracterizada pela coexistência de excesso de gordura corporal e redução da massa e da função muscular, condição relacionada a maior risco de incapacidade, quedas, hospitalizações e mortalidade (Zhang et al., 2023; Dodds et al., 2024). Além disso, o excesso de adiposidade nessa faixa etária pode comprometer a autonomia e a qualidade de vida, ampliando a necessidade de acompanhamento e cuidado em saúde (Phelps et al., 2024).

2.7 Medidas e Índices antropométricos

A avaliação antropométrica é essencial para o diagnóstico e acompanhamento da obesidade. O Índice de Massa Corporal (IMC) é amplamente utilizado devido à sua praticidade, embora não diferencie a massa magra da massa gorda (WHO, 2024). Além do IMC, existem outras medidas antropométricas relevantes, como o perímetro da cintura,

indicador do risco cardiovascular associado à obesidade central; e o perímetro do pescoço, medida simples e útil na identificação do acúmulo de gordura na região cervical, associada a maior risco cardiometabólico (Barbosa, 2023). Em conjunto, essas medidas possibilitam uma avaliação mais abrangente dos riscos à saúde do que o uso isolado do IMC (Alves, 2024).

2.8 Complicações do sobrepeso e obesidade

Além das complicações clínicas e metabólicas amplamente descritas, o sobrepeso e a obesidade também estão associados a importantes repercussões psicossociais, que impactam negativamente o bem-estar, o funcionamento social e a qualidade de vida dos indivíduos (Carvalho, 2024). Entre essas repercussões, destaca-se o estigma relacionado ao peso, que pode se manifestar tanto por meio de experiências de discriminação quanto pela internalização de estereótipos negativos associados ao corpo e ao peso corporal (Puhl, Heuer, 2009).

O estigma internalizado do peso tem sido reconhecido como uma complicação relevante da obesidade, uma vez que está associado a sentimentos de culpa, vergonha, baixa autoestima, sofrimento psicológico e menor adesão a comportamentos de autocuidado e tratamentos em saúde (Taroza, Pessa, 2020). Esses fatores contribuem para o agravamento das condições de saúde e para a pior percepção da qualidade de vida, especialmente nos domínios psicológico e social (Alberte, 2009).

Nesse contexto, a internalização do estigma relacionado ao peso emerge como um fator central na compreensão das repercussões psicossociais do excesso de peso, uma vez que pode influenciar negativamente a autoestima, a saúde mental e os comportamentos relacionados ao autocuidado (Taroza, Pessa, 2020).

Paralelamente, a qualidade de vida deve ser compreendida de forma multidimensional, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, os quais podem ser significativamente afetados pela vivência do estigma corporal (De Oliveira, 2015). A análise conjunta desses elementos permite uma compreensão mais ampla dos impactos do excesso de peso, ultrapassando abordagens restritas aos aspectos clínicos e antropométricos (Fruh et al., 2021).

2.9 Estigma internalizado do peso

O estigma associado ao peso é um fator crítico que afeta a saúde e o bem-estar de indivíduos com sobrepeso e obesidade (Scagliusi, 2021). O estigma é definido como um processo social de rotulação, discriminação e exclusão de indivíduos considerados diferentes da norma socialmente aceita, podendo ser dividido em estigma público e estigma internalizado (Goffman, 1963). O estigma internalizado ocorre quando a própria pessoa, diante de uma condição estigmatizada, incorpora os estereótipos negativos existentes e aplica-os a si mesma (Corrigan, Watson, 2002).

Esse processo tem repercussões significativas, incluindo diminuição da autoestima, sentimentos de culpa e vergonha, ansiedade, depressão e baixa autoeficácia, além de limitar a busca por cuidados de saúde, favorecer o isolamento social e reduzir a adesão a tratamentos (Corrigan, Watson, Barr, 2006; Soares et al., 2011). Estudos sugerem que o estigma internalizado pode ser mais prejudicial que a própria condição clínica, pois interfere diretamente na qualidade de vida e nos desfechos de saúde, tornando essencial o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, suporte social e intervenções psicológicas que promovam resiliência e empoderamento (Puhl, Suh, 2015; Tavares et al., 2020).

2.10 Qualidade de vida

A qualidade de vida é um conceito amplo que reflete a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua posição na vida, considerando aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais, bem como o contexto cultural, valores, objetivos e expectativas (*WHO*, 1998). Esse conceito de qualidade de vida geral pode ser diferenciado da qualidade de vida relacionada à saúde (*HRQoL*), que avalia especificamente o impacto da saúde nos domínios físico (capacidade funcional, dor, sono, energia), psicológico (autoestima, emoções positivas, concentração), relações sociais (apoio familiar, relações afetivas, sexualidade) e meio ambiente (segurança, recursos financeiros, acesso a serviços de saúde).

Em pessoas com obesidade, ambos os conceitos são impactados tanto por limitações físicas quanto por fatores psicossociais como o estigma internalizado, que compromete principalmente os domínios psicológico e social da *HRQoL* (*Tarozo, Pessa, 2020*). Evidências indicam que o estigma internalizado está associado a piores escores de qualidade de vida, especialmente nesses domínios, reforçando a importância de abordagens multidisciplinares, integradas e humanizadas que considerem tanto o manejo clínico quanto os aspectos psicossociais (*WHO, 1998; Soares et al., 2011; Tavares et al., 2020*).

Diante desse contexto, o sobrepeso e a obesidade devem ser compreendidos não apenas como condições individuais, mas como fenômenos sociais que demandam estratégias de prevenção e manejo integradas, envolvendo políticas de promoção da alimentação saudável, incentivo à atividade física, regulamentação do marketing de alimentos ultraprocessados e fortalecimento da atenção primária à saúde. O reconhecimento do estigma e da qualidade de vida como dimensões centrais do cuidado reforça a necessidade de abordagens que promovam inclusão, bem-estar psicológico e empoderamento dos indivíduos com excesso de peso.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a associação entre o estigma internalizado do peso e a qualidade de vida em adultos e idosos com sobrepeso e obesidade na cidade de Ouro Preto, Minas Gerais.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a amostra de acordo com o perfil socioeconômico, demográfico e clínico;
2. Avaliar o estigma internalizado do peso em adultos e idosos com sobrepeso e obesidade;
3. Avaliar a qualidade de vida de adultos e idosos com sobrepeso e obesidade;
4. Analisar a influência independente do estigma internalizado sobre os domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), ajustada por idade, sexo, IMC, escolaridade, ansiedade e depressão.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

O presente trabalho adotou um delineamento metodológico de caráter transversal, observacional e analítico, com o objetivo de avaliar a associação entre estigma internalizado do peso e qualidade de vida em indivíduos com excesso de peso. A escolha pelo desenho transversal justifica-se pela possibilidade de analisar simultaneamente as variáveis de interesse em um único momento temporal, sem a necessidade de acompanhamento longitudinal. Esse modelo permite identificar possíveis correlações entre os desfechos estudados, embora não possibilite estabelecer relações de causalidade.

4.2 População e amostra

A amostra do presente estudo foi composta por 48 adultos e idosos diagnosticados com sobrepeso ou obesidade, todos participantes de um projeto maior intitulado “*NutricionalMente: Efeito da intervenção nutricional, da Terapia Cognitivo Comportamental e de estratégias de m-Health sobre a perda de peso e o comportamento alimentar de adultos e idosos com excesso de peso*”. A seleção da amostra foi não probabilística, por conveniência, contemplando indivíduos atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município onde o estudo foi desenvolvido. O número final de participantes foi definido a partir da adesão voluntária e da aplicação dos critérios de elegibilidade.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 19 anos, diagnosticados com sobrepeso e obesidade. Para adultos (19–59 anos), adotou-se o critério de IMC ≥ 25 kg/m², calculado pela razão entre peso (kg) e altura (m²). Para idosos (≥ 60 anos), considerou-se a classificação específica, sendo definido como sobrepeso IMC > 27 kg/m² segundo Lipschitz (2005) e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após esclarecimento dos objetivos e procedimentos do estudo. Foram excluídos aqueles que apresentaram fatores capazes de comprometer a fidedignidade das respostas ou a integridade da pesquisa, como uso de medicamentos anti-inflamatórios, participação em programas de dieta restritiva ou tratamento medicamentoso para obesidade, realização de tratamento psicológico nos últimos três meses, histórico de cirurgia bariátrica, déficits cognitivos, uso de drogas ilícitas, diagnóstico atual ou prévio de câncer e realização de procedimentos cirúrgicos nos seis meses anteriores à coleta.

4.4 Instrumentos e variáveis a serem avaliadas

No presente estudo foram contempladas variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e antropométricas, além da aplicação de instrumentos validados para mensuração do estigma internalizado do peso e da qualidade de vida. As variáveis sociodemográficas incluíram idade, sexo, escolaridade, estado civil, situação ocupacional e renda familiar. As variáveis antropométricas compreenderam peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura (PC) e perímetro do pescoço (PP). Perímetro da cintura (PC): aferido com fita métrica no ponto médio entre a última costela palpável e a crista ilíaca, em expiração. Pontos de corte: >102 cm (homens), >88 cm (mulheres) – risco cardiovascular aumentado (OMS, 2008). Perímetro do pescoço (PP): aferido abaixo da protuberância laríngea maior. Pontos de corte: >37 cm (homens), >34 cm (mulheres) – risco cardiometabólico (Barbosa, 2023). Do ponto de vista clínico, foram investigadas condições autorreferidas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, depressão, ansiedade e outras doenças crônicas.

Para avaliar o estigma internalizado do peso, utilizou-se a Modified Weight Bias Internalization Scale (WBIS-M), traduzida e adaptada para o contexto brasileiro, composta por 12 itens em escala Likert de sete pontos (de “discordo fortemente” a “concordo fortemente”), distribuídos em duas dimensões: auto-depreciação (sentimentos de fracasso pessoal devido ao peso) e medo da estigmatização (preocupação com julgamentos alheios). Exemplos de itens incluem: “Eu sou menos atraente do que a maioria das pessoas por causa do meu peso”, “Eu me odeio por causa do meu peso” e “Meu peso é a principal forma pela que eu julgo meu valor como pessoa” (um item reverso: “Eu estou bem com o peso que tenho”). Escores mais elevados indicam maior internalização do estigma, refletindo vergonha, culpa e inferioridade.

A qualidade de vida foi aferida pelo WHOQOL-bref, versão abreviada validada para o Brasil, com 26 questões em escala Likert de cinco pontos avaliando quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Destaques incluem: “Como você avaliaria sua qualidade de

vida?” e “Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?”. As pontuações, calculadas como médias por domínio e transformadas em escala de 0-100, refletem melhor percepção de qualidade de vida com valores mais altos (Fleck et al., 2000; THE WHOQOL GROUP, 1996). Esse conjunto permite uma análise abrangente do perfil da amostra, explorando relações entre estigma internalizado, qualidade de vida e características socioclínicas.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi conduzida de forma padronizada, no período de abril de 2025 a julho de 2025, utilizando exclusivamente questionários validados. Foram aplicados instrumentos para mensuração do estigma internalizado do peso, avaliação da qualidade de vida e caracterização sociodemográfica dos participantes. As coletas ocorreram presencialmente nas Unidades Básicas de Saúde de Saramenha, Antônio Dias e Morro Santana, através de Convites realizados durante consultas de rotina nas UBS selecionadas por conveniência (proximidade do projeto NutricionalMente e alta demanda por atendimento em excesso de peso), em ambientes reservados que garantiam a privacidade e a confidencialidade das informações. A equipe responsável incluiu alunos voluntários e uma bolsista de iniciação científica, devidamente treinados e supervisionados por nutricionistas pesquisadoras, assegurando a padronização dos procedimentos e minimização de vieses. O tempo médio estimado para o preenchimento dos questionários foi de 30 a 40 minutos.

4.6 Análises estatística

Todas as análises foram conduzidas no software STATA 13.0. As variáveis contínuas foram descritas conforme média e desvio padrão, e as categóricas como frequência absoluta e relativa. Para avaliar a associação entre o estigma internalizado do peso e os domínios da qualidade de vida (psicológico, físico, relações sociais e meio ambiente), foram realizadas regressões logísticas binárias. O estigma internalizado do peso foi dicotomizado como menor internalização e maior internalização, sendo considerado como ponto de corte a média aritmética (3,02). Cada domínio da qualidade de vida foi dicotomizado em insatisfação e satisfação da qualidade de vida, considerando como ponto de corte o valor de 60, conforme adotado por Silva et al. (2014). Embora os valores médios dos domínios nesse estudo tenham sido ligeiramente superiores a 60 (físico: 63,24 ±16,64; psicológico: 63,11 ±17,30; relações sociais: 61,28 ±25,58; meio ambiente: 62,37 ±12,78), optou-se por utilizar o mesmo ponto de corte do estudo para permitir comparabilidade. O modelo foi ajustado para idade, sexo, IMC, escolaridade, presença de ansiedade e depressão, variáveis previamente selecionadas como potenciais confundidores. Os resultados foram apresentados como Odds Ratio (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

4.7 Aspectos Éticos

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “*NutricionalMente: Efeito da intervenção nutricional, da Terapia Cognitivo Comportamental e de estratégias de m-Health sobre a perda de peso e o comportamento alimentar de adultos e idosos com excesso de peso*”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o CAAE nº 76660623.6.0000.5150 e Parecer nº 6.978.379. Todos os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos, benefícios e possíveis riscos do estudo e somente participaram aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO I).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por participantes, dos quais eram do sexo feminino, com idade média, sendo adultos e idosos. A maioria se autodeclarou parda, seguida por preta e branca. Quanto ao estado civil, predominou a condição de casados ou em união estável. Observou-se maior frequência de participantes com ensino médio completo, seguidos por ensino superior completo. Em relação à ocupação, a maior parte encontrava-se empregada ou aposentada/pensionista. A faixa de renda mensal mais frequente foi (Tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas de adultos e idosos com sobrepeso e obesidade, Ouro Preto, 2025.

| Variáveis | | Frequência (n) | Percentual (%) |
|---------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Sexo | Feminino | 43 | 89,6 |
| | Masculino | 5 | 10,4 |
| Cor da pele | Branco | 12 | 25,0 |
| | Pardo | 22 | 45,8 |
| | Preto | 14 | 29,2 |
| Estado Civil | Solteiro | 12 | 25,0 |
| | Casado/união estável | 25 | 52,1 |
| | Viúvo | 2 | 4,2 |
| | Separado/divorciado | 9 | 18,7 |
| Escolaridade | Superior completo | 10 | 20,8 |
| | Superior incompleto | 4 | 8,3 |
| | Médio completo | 20 | 41,7 |
| | Fundamental II completo | 4 | 8,3 |

| | | | |
|----------------------|-------------------------------|----|------|
| | Fundamental II incompleto | 6 | 12,5 |
| | Fundamental I completo | 2 | 4,2 |
| | Fundamental I incompleto | 2 | 4,2 |
| Ocupação | Desempregado | 3 | 6,3 |
| | Empregado integral/parcial | 20 | 41,7 |
| | Autônomo empregador | 8 | 16,7 |
| | Estudante | 1 | 2,1 |
| | Aposentado/Pensionista | 10 | 20,8 |
| | Do lar/produção para consumo | 6 | 12,5 |
| Renda mensal* | Até \$1.908,00 | 9 | 18,8 |
| | De R\$1.908,00 a R\$2.862,00 | 9 | 18,8 |
| | De R\$2.862,00 a R\$5.724,00 | 19 | 39,6 |
| | De R\$5.724,00 a R\$9.540,00 | 9 | 18,8 |
| | De R\$9.540,00 a R\$14.310,00 | 2 | 4,2 |

* Corresponde a renda bruta familiar mensal

No que se refere aos hábitos de vida, condições de saúde e parâmetros antropométricos (Tabela 2), observou-se que metade dos participantes relatou consumo de bebida alcoólica, prevalência compatível com dados nacionais que demonstram associação entre o consumo de álcool e o excesso de peso (Souza et al., 2021). A prevalência de tabagismo foi baixa, achado consistente com estudos que indicam relação inversa entre tabagismo e peso corporal, uma vez que o índice de massa corporal tende a ser menor em fumantes quando comparados a não fumantes (Chatkin, 2007).

Tabela 2- Hábitos de vida e condições de saúde de adultos e idosos com sobrepeso e obesidade, Ouro Preto, 2025.

| Variáveis | | Frequência (n) | Percentual (%) |
|------------------------------------|---------|----------------|----------------|
| Consumo de bebida alcoólica | Sim | 24 | 50,0 |
| | Não | 24 | 50,0 |
| Tabagismo | Sim | 1 | 2,1 |
| | Não | 47 | 97,9 |
| Diabetes | Sim | 9 | 19,1 |
| | Não | 35 | 74,5 |
| | Não sei | 3 | 6,4 |

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----|------|
| Hipertensão | Sim | 18 | 38,3 |
| | Não | 29 | 59,6 |
| | Não sei | 1 | 2,1 |
| Colesterol/Triglicéridos | Sim | 17 | 36,2 |
| | Não | 28 | 59,6 |
| | Não sei | 2 | 4,2 |
| Depressão | Sim | 11 | 22,9 |
| | Não | 36 | 75 |
| | Não sei | 1 | 2,1 |
| Ansiedade | Sim | 26 | 54,2 |
| | Não | 20 | 41,7 |
| | Não sei | 2 | 4,2 |
| IMC (kg/m²) | Sobrepeso | 7 | 21,2 |
| | Obesidade | 26 | 78,8 |
| Adultos | Sobrepeso | 15 | 100 |
| | Normal | 1 | 2,1 |
| Perímetro da cintura | Elevado | 47 | 97,9 |
| | Normal | 16 | 33,3 |
| Perímetro do pescoço | Elevado | 32 | 66,7 |
| | | | |
| PAS (mmHg) | 129,3 ± 16,0 (Média ±DP) | | |
| PAD (mmHg) | 84,3 ± 9,0 (Média ±DP) | | |

Quanto às doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas, observou-se elevada frequência de hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes mellitus. Os valores médios de pressão arterial sistólica e diastólica caracterizam pressão arterial elevada, enquadrando-se na categoria de pré-hipertensão segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, que considera essa faixa como indicadora de aumento do risco cardiovascular, ainda que abaixo do ponto de corte diagnóstico para hipertensão arterial (SBC, SBH, SBN, 2025). Esses achados são esperados em populações com sobrepeso e obesidade, considerando a forte associação entre excesso de peso e elevação da pressão arterial (SBC, 2025).

Em relação à saúde mental, verificou-se alta frequência de sintomas de ansiedade e depressão. Quanto ao estado nutricional, entre os adultos predominou a obesidade, enquanto todos os idosos apresentaram sobrepeso. Além disso, a maioria dos participantes apresentou perímetro da cintura elevado e perímetro do pescoço elevado. O índice de massa corporal médio foi compatível com obesidade entre adultos, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde, e indicativo de sobrepeso em idosos, considerando os pontos de corte específicos para essa faixa etária (Lipschitz, 1994; Brasil, 2016; Souza et al., 2023). A circunferência abdominal média elevada sugere acúmulo de tecido adiposo na região abdominal, achado frequentemente associado à obesidade e às alterações na distribuição da gordura corporal, especialmente em indivíduos com excesso de peso e idosos (Santos et al., 2013).

Em relação ao estigma internalizado do peso (Tabela 3), observou-se predomínio de participantes classificados com menor internalização do estigma (54,17%; n=26), enquanto 45,83% (n=22) apresentaram maior internalização.

Tabela 3 - Avaliação do estigma internalizado do peso em adultos e idosos com sobrepeso e obesidade de acordo com a ferramenta WBIS-M, Ouro Preto, 2025.

| Média (±DP) | Classificação* | n (%) |
|--------------|----------------------|------------|
| 3,02 (±1,25) | Menor internalização | 26 (54,17) |
| | Maior internalização | 22 (45,83) |

*Ponto de corte= menor internalização <3,02 e maior internalização ≥3,02.

A média do escore indicou distribuição relativamente equilibrada entre os níveis de internalização do estigma na amostra. Esse achado é compatível com estudos nacionais e internacionais que demonstram que o estigma internalizado do peso está presente em proporções significativas entre pessoas com excesso de peso, ainda que nem sempre represente a maioria dos indivíduos avaliados (Ferreira et al., 2021; Almeida et al., 2024; Hilbert et al., 2024). Evidências indicam que uma parcela expressiva dessa população apresenta níveis moderados a elevados de internalização do estigma, os quais se associam a desfechos psicossociais e de saúde, incluindo sintomas depressivos, ansiedade, menor qualidade de vida e comportamentos alimentares disfuncionais (Pearl, Puhl, 2018; Puhl et al., 2020). A distribuição do estigma internalizado não é homogênea, variando conforme características sociodemográficas, como idade, sexo, índice de massa corporal e contexto sociocultural, o que pode explicar a distribuição relativamente equilibrada observada no presente estudo (Durso, Latner, 2008; Pearl et al., 2019).

Evidências recentes sugerem que o autoestigma atua como mediador entre experiências de discriminação e desfechos biopsicossociais adversos, incluindo maior angústia emocional, pior saúde mental e menor adesão ao autocuidado, o que contribui para contextualizar a magnitude da internalização observada neste estudo (Lee et al., 2024; Chen et al., 2025).

A avaliação da qualidade de vida revelou escore médio geral de 62,50 (DP = 15,42), com a maioria dos participantes classificados como satisfeitos e uma parcela menor como insatisfeitos, conforme apresentado na Tabela 4. A adoção do ponto de corte de 60, proposto por Silva et al. (2014) para idosos na atenção primária, permite comparabilidade com estudos que associam escores abaixo desse limiar a menor satisfação com a saúde e maior vulnerabilidade em contextos de doenças crônicas.

Tabela 4 - Avaliação do escore geral da qualidade de vida em adultos e idosos com sobrepeso e obesidade de acordo com a ferramenta WHOQOL-bref, Ouro Preto, 2025.

| Qualidade de vida (WHOQOL-bref) | Média (\pm DP) | Classificação* | n (%) |
|---------------------------------|----------------------|----------------|------------|
| Escore geral | 62,50 (\pm 15,42) | Satisfação | 33 (68,75) |
| | | Insatisfação | 15 (31,25) |

*Ponto de corte= insatisfação <60 e satisfação ≥ 60 .

A avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-bref (Tabela 5) indicou que a maioria dos participantes apresentou classificação de satisfação em todos os domínios, com médias acima do ponto de corte (≥ 60), refletindo uma percepção global moderadamente positiva, em consonância com a validação e aplicabilidade do instrumento em populações com condições crônicas de saúde (Vahedi, 2010).

Na análise por domínios, o domínio físico apresentou média acima do ponto de corte, porém, uma parcela relevante dos participantes foram classificados como insatisfeitos. Tal resultado pode ser explicado pela elevada prevalência de obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, condições que comprometem a capacidade funcional, aumentam o desconforto corporal e impactam negativamente o bem-estar físico (ABESO, 2019).

Tabela 5 -Avaliação dos domínios da qualidade de vida em adultos e idosos com sobrepeso e obesidade de acordo com a ferramenta WHOQOL-bref, Ouro Preto, 2025.

| Domínios | Média (\pm DP) | Classificação* | n (%) |
|------------------|----------------------|----------------|------------|
| Físico | 63,24 (\pm 16,64) | Satisfação | 30 (62,50) |
| | | Insatisfação | 18 (37,50) |
| Psicológico | 63,11 (\pm 17,30) | Satisfação | 30 (62,50) |
| | | Insatisfação | 18 (37,50) |
| Relações sociais | 61,28 (\pm 25,58) | Satisfação | 29 (60,42) |
| | | Insatisfação | 19 (39,58) |
| Meio ambiente | 62,37 (\pm 12,78) | Satisfação | 25 (52,08) |
| | | Insatisfação | 23 (47,92) |

*Ponto de corte= insatisfação <60 e satisfação ≥ 60

O domínio psicológico apresentou média semelhante, com presença de participantes classificados como insatisfeitos. Esse domínio envolve autoestima, imagem corporal e sentimentos positivos e negativos, dimensões fortemente afetadas pela internalização do estigma do peso, associada a sintomas de ansiedade, depressão e menor bem-estar psicológico (Romano et al., 2023; Sozza et al., 2025).

No domínio das relações sociais, aproximadamente 40% dos participantes demonstraram insatisfação, possivelmente refletindo efeitos do estigma, como experiências de discriminação, retraimento social e dificuldades na manutenção de vínculos interpessoais (Dimasuhid et al., 2024). Por fim, o domínio meio ambiente apresentou a menor proporção de satisfação (52,08%), apesar da média acima do ponto de corte (62,37), sugerindo influência de fatores socioeconômicos e estruturais. Considerando que a população do estudo é usuária do sistema público de saúde, barreiras no acesso a serviços, lazer e recursos financeiros podem contribuir para esse resultado, potencializado pelo impacto do estigma do peso (Romano et al., 2023).

Na análise de associação entre o estigma internalizado do peso e a qualidade de vida (Tabela 6), observou-se que, no domínio psicológico, a internalização do estigma do peso mostrou-se um fator central, uma vez que indivíduos com maior autoestigmatização apresentaram 32 vezes mais chance de pior qualidade de vida no modelo bruto. No modelo ajustado, a associação permaneceu expressiva (OR = 28,21), corroborando com achados de Zaborski et al. (2023), que identificaram relação significativa entre estigma internalizado do peso e pior saúde psicológica em adultos com obesidade grave em busca de tratamento.

Tabela 6: Associação entre estigma internalizado do peso e domínios da qualidade de vida (Regressão logística binária).

| Qualidade de vida | Modelo bruto | | Modelo ajustado* | |
|-------------------|---------------------|--------------|------------------------|--------------|
| | OR (IC95%) | Valor-p | OR (IC95%) | Valor-p |
| Físico | 16,42 (3,66-73,69) | <0,01 | 14,43 (1,66-125,67) | 0,016 |
| Psicológico | 32,00 (5,76-178,85) | <0,01 | 28,21 (1,78-446,00) | 0,018 |
| Relações sociais | 11,79 (2,93-47,45) | 0,001 | 21,38 (1,93-237,46) | 0,013 |
| Meio ambiente | 4,82 (1,42-16,40) | 0,012 | 4,83 (0,77-30,34) | 0,093 |
| Escore geral | 43,72 (4.95-386,79) | 0,001 | 35,18 (2,12-584,19) | 0,013 |

Variável exposição: estigma internalizado do peso (0=menor internalização; 1=maior internalização) Variável desfecho: qualidade de vida (0=satisfação; 1=insatisfação)

*Modelo ajustado por idade, sexo, IMC, escolaridade, ansiedade e depressão.

A literatura demonstra associações consistentes entre sintomas de saúde mental, maior internalização do estigma e pior qualidade de vida (Hunger et al., 2018; Tomiyama, 2019; Zaborski et al., 2023). Dessa forma, justifica-se a inclusão das variáveis ansiedade e depressão como potenciais confundidoras da associação, bem como idade, sexo, IMC e escolaridade.

No modelo ajustado da regressão logística binária, constatou-se associações estatisticamente significativas entre maior internalização do estigma do peso e pior qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e no escore geral, indicando associação independente entre estigma internalizado e insatisfação com a qualidade de vida nesses domínios, conforme descrito em estudos prévios (Puhl, Hinneberg, 2014; Oliveira et al., 2018; Zaborski et al., 2023).

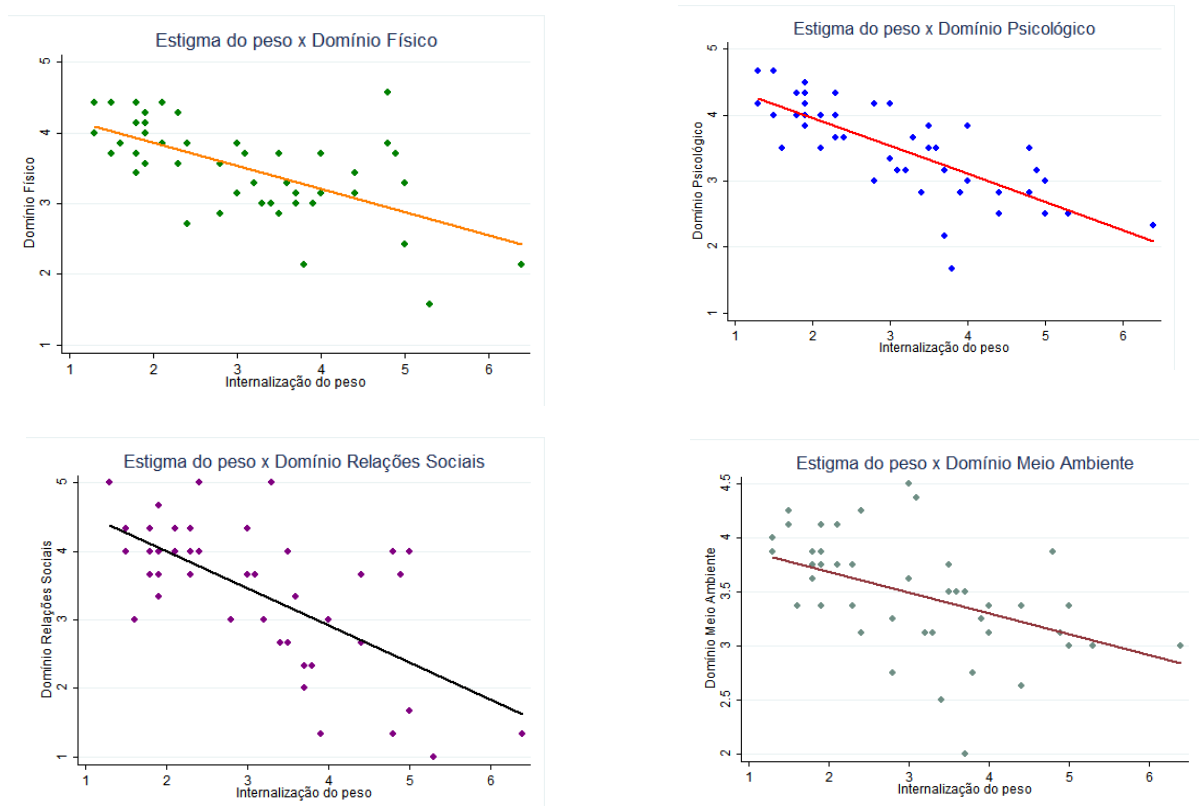
Indivíduos com maior internalização apresentaram 14,43 vezes mais chance de relatar pior qualidade de vida no domínio físico, reforçando o impacto do estigma internalizado sobre funcionamento físico, dor e desempenho (Hunger et al., 2018). No domínio das relações sociais, indivíduos com maior internalização do estigma do peso apresentaram 21,38 vezes mais chance de insatisfação, evidenciando o impacto significativo do autoestigma nas interações interpessoais. O estigma internalizado pode levar ao isolamento social como estratégia de evitação da rejeição e discriminação, comprometendo a formação e manutenção de vínculos sociais, além de reduzir as redes de suporte social (Major et al., 2012; Timkova et al., 2025). Esse achado reforça a necessidade de intervenções que promovam o fortalecimento de redes de apoio e relações interpessoais saudáveis em pessoas portadoras de obesidade.

No domínio meio ambiente, embora o OR do modelo ajustado tenha permanecido acima de 1, a associação não foi estatisticamente significativa ($p = 0,093$), sugerindo influência de fatores contextuais e socioeconômicos não plenamente contemplados no modelo (OMS, 1997; Fleck et al., 2000; Tarozo; Pessa, 2022).

Os intervalos de confiança amplos observados na regressão refletem o tamanho amostral reduzido, mas a manutenção da significância nos principais domínios reforça a robustez dos achados. Notadamente, o domínio psicológico apresentou as associações mais intensas, compatíveis com a literatura que destaca o impacto do estigma internalizado sobre autoestima, ansiedade e sintomas depressivos (Puhl, Hinneberg, 2014; Tomiyama, 2019; Tarozo, Pessa, 2022).

A figura 1 demonstra a tendência negativa entre as pontuações do estigma internalizado e os domínios da qualidade de vida, corroborando com evidências de associação negativa consistente entre as duas variáveis (Oliveira et al., 2018; Zaborski et al., 2023).

Figura 1: Dispersão entre o estigma internalizado do peso e os domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente).



A dispersão dos pontos, acompanhada pelas linhas de tendência, sugere que essa associação ocorre de forma consistente nos quatro domínios, embora com variabilidade individual, o que é esperado em fenômenos psicossociais (Agee et al., 2025). Destaca-se que os domínios psicológico e de relações sociais apresentam um declínio mais acentuado dos escores à medida que aumenta a internalização do estigma, reforçando o impacto do estigma do peso sobre aspectos emocionais, autoestima e interação social.

Esses achados corroboram com os resultados do modelo de regressão logística ajustado, no qual a internalização do estigma do peso manteve associação estatisticamente significativa com pior qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e no escore geral, independentemente de idade, sexo, IMC, escolaridade, ansiedade e depressão.

Resultados semelhantes têm sido descritos na literatura, indicando que o estigma internalizado do peso está associado a pior percepção de saúde física, sofrimento psicológico e prejuízos nas relações sociais, independentemente do estado nutricional, reforçando que os efeitos do estigma vão além do excesso de peso (Bidstrup, 2022; Oliveira, 2024).

6. Considerações finais

O presente estudo demonstrou que maior internalização do estigma do peso está fortemente associado à pior qualidade de vida em adultos e idosos com sobrepeso e obesidade acompanhados na Atenção Primária à Saúde do município de Ouro Preto, Minas Gerais. O estigma internalizado do peso impacta negativamente todos os domínios da qualidade de vida, independentemente do IMC e comorbidades. Indivíduos com maior internalização do estigma apresentaram maiores chances de insatisfação com sua qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e no escore global, mesmo após o ajuste para fatores sociodemográficos, clínicos e de saúde mental.

A associação mais intensa foi observada no domínio psicológico, indicando que a forma como a pessoa percebe e julga o próprio corpo exerce influência direta sobre seu bem-estar emocional e autoestima. Esse achado ressalta que os impactos do estigma vão além dos aspectos clínicos da obesidade, atingindo dimensões subjetivas e sociais que interferem na experiência de viver com o excesso de peso. Além disso, a maior insatisfação observada nos domínios físico e das relações sociais sugere que a internalização do estigma pode comprometer tanto a percepção do estado de saúde e disposição física quanto o envolvimento em atividades coletivas e vínculos interpessoais.

No contexto da APS/SUS, recomenda-se a triagem rotineira com integração das escalas WBIS-M e WHOQOL-bref em consultas de rotina, capacitação antiestigma com treinamento de equipes em comunicação empática, intervenções grupais de apoio para enfrentamento do estigma e formação de matriz multiprofissional envolvendo psicólogos, nutricionistas e educadores físicos. Esses

resultados reforçam a necessidade de reconhecer o estigma internalizado do peso como um fator relevante no cuidado às pessoas com excesso de peso, sendo fundamental que as ações e práticas sejam conduzidas de forma acolhedora, respeitosa e livre de julgamentos, promovendo a valorização do sujeito e o cuidado integral.

Os pontos fortes do estudo incluem amostra real de usuários APS, instrumentos validados internacionalmente e ajustes robustos para confundidores. Como limitações, destacam-se a amostra não probabilística (n=48), o desenho transversal que não estabelece causalidade e possível viés de desejo social. Recomenda-se que estudos futuros aprofundem a compreensão sobre os mecanismos que relacionam o estigma internalizado à qualidade de vida e avaliem a efetividade de intervenções voltadas à redução do estigma no âmbito da atenção básica.

7. REFERÊNCIAS

ABESO, Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. “Mapa Da Obesidade - Associação Brasileira Para O Estudo Da Obesidade E Da Síndrome Metabólica.” *Associação Brasileira Para O Estudo Da Obesidade E Da Síndrome Metabólica*, 9 Aug. 2024, abeso.org.br/mapa-da-obesidade/.

AGEE, Laura A, et al. “Social Context as a Source of Variability in the Psychological Sciences.” *Frontiers in Human Neuroscience*, vol. 18, 9 Jan. 2025, <https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1507010>.

ALIMORADI, Zainab, et al. “Weight-Related Stigma and Psychological Distress: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *Clinical Nutrition*, vol. 39, no. 7, Oct. 2019, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.10.016>.

ALVES, Isabela Perez. “Associação Entre Fatores de Risco Cardiometabólicos E Perímetro Do Pescoço Em Adolescentes.” *Uerj.br*, 25 Nov. 2024, www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/23371, <http://www.bdttd.uerj.br/handle/1/23371>. Accessed 14 Jan. 2026.

BARBOSA, Maria Fernanda Nunes Pinheiro. “Correlação Entre O Perímetro Do Pescoço E Medidas de Adiposidade Corporal Em Bombeiros Militares Dos Municípios de Ouro Preto E Mariana-MG.” *Www.monografias.ufop.br*, 24 Aug. 2023, www.monografias.ufop.br/handle/35400000/6170.

BARCELOS, Aparecida, et al. “INTERAÇÕES ENTRE DIABETES MELLITUS TIPO 2, TRANSTORNOS METABÓLICOS DA OBESIDADE E TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS.” *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, vol. 6, no. 12, 17 Dec. 2024, pp. 2107–2125, bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/4721, <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n12p2107-2125>.

BIDSTRUP, Hugh, et al. “Internalised Weight Stigma as a Mediator of the Relationship between Experienced/Perceived Weight Stigma and Biopsychosocial Outcomes: A

Systematic Review.” *International Journal of Obesity*, vol. 46, no. 1, 9 Oct. 2021, <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00982-4>.

CHATKIN, Raquel, and José Miguel Chatkin. “Tabagismo E Variação Ponderal: A Fisiopatologia E Genética Podem Explicar Esta Associação?” *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, vol. 33, no. 6, Dec. 2007, pp. 712–719, <https://doi.org/10.1590/s1806-37132007000600016>. Accessed 8 Sept. 2021.

CORRIGAN, Patrick W., et al. “The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy.” *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 25, no. 8, Oct. 2006, pp. 875–884, <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>.

CORRIGAN, Patrick W., and Amy C. Watson. “The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness.” *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 9, no. 1, 11 May 2002, pp. 35–53, <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>.

De Oliveira, Sandra Elisabete Henriques . “(In)Visível Para Quem? Um Olhar Sobre O Estigma Internalizado, Auto-Estima E Qualidade de Vida Em Pessoas Com Doença Mental - ProQuest.” *Proquest.com*, 2026, search.proquest.com/openview/56a2295e0e9ac1b942beb88e8604e0a8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y. Accessed 14 Jan. 2026.

ALBERTE, Josiane. “Fatores Biopsicossociais No Envelhecimento E Percepção Da Qualidade de Vida Do Idoso.” *Unicamp.br*, [s.n.], 2021, repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/467372. Accessed 14 Jan. 2026.

SBC. *Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025*. Vol. 00, no. 00, 18 Sept. 2025, abccardiol.org/article/diretriz-brasileira-de-hipertensao-arterial-2025/, <https://doi.org/10.36660/abc.20250624>.

DIMASUHID, Slaimer Benedict A, et al. “Effects of Weight Bias Internalization on Quality of Life among Selected BPE Students.” *International Journal of Physical Education, Sports and Health*, vol. 11, no. 5, 1 Sept. 2024, pp. 100–105, <https://doi.org/10.22271/kheljournal.2024.v11.i5b.3498>. Accessed 25 Feb. 2025.

DURSO, Laura E., and Janet D. Latner. “Understanding Self-Directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale.” *Obesity*, vol. 16, no. S2, Nov. 2008, pp. S80–S86, <https://doi.org/10.1038/oby.2008.448>.

FERDINANDO, Douglas Cerqueira, and Alexandre Leopold Busse. “Efeitos Funcionais, Metabólicos E Inflamatórios Em Idosos Com Sarcopenia, Submetidos Em Diferentes Protocolos de Exercícios Resistidos.” *Repositorio.usp.br*, 2024, repositorio.usp.br/item/003203711. Accessed 14 Jan. 2026.

FLAUZINO, Pabyle Alves, et al. “Prejudice Associated with Weight Images in Health Communication in the Social Networks.” *Revista de Nutrição*, vol. 36, 12 May 2023, p. e210220, www.scielo.br/j/rn/a/VQn9RtgQLCGMPxjvWgfFWzm/?lang=en, <https://doi.org/10.1590/1678-9865202336e210220>. Accessed 29 Apr. 2024.

FLECK, Marcelo PA, et al. “Aplicação Da Versão Em Português Do Instrumento Abreviado de Avaliação Da Qualidade de Vida “WHOQOL-Bref.”” *Revista de Saúde Pública*, vol. 34, no. 2, Apr. 2000, pp. 178–183, <https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>.

Fruh, Sharon M., et al. “Weight Bias and Stigma.” *Nursing Clinics of North America*, vol. 56, no. 4, Dec. 2021, pp. 479–493, [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8641858/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8641858/), <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.07.001>.

GAO, Qianqian, et al. “Global Prevalence of Sarcopenic Obesity in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *Clinical Nutrition*, vol. 40, no. 7, July 2021, pp. 4633–4641, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.06.009>.

GEREND, Mary A., et al. “Weight Stigma and Mental Health in a Racially and Ethnically Diverse Sample of US Adults.” *Frontiers in Psychiatry*, vol. 16, 21 July 2025, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1593145>.

GOFFMAN, Erving. *Erving Goffman Stigma Notes on the Management of Spoiled Identity*. 1963.

HUNGER, Jeffrey M., et al. “Weighed down by Stigma: How Weight-Based Social Identity Threat Contributes to Weight Gain and Poor Health.” *Social and Personality Psychology Compass*, vol. 9, no. 6, June 2015, pp. 255–268, <https://doi.org/10.1111/spc3.12172>.

KEBBE, Maryam, et al. “Barriers and Enablers for Adopting Lifestyle Behavior Changes in Adolescents with Obesity: A Multi-Centre, Qualitative Study.” *PLOS ONE*, vol. 13, no. 12, 18 Dec. 2018, p. e0209219, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209219>.

LECUBE, Albert. “Impacto de La Obesidad Y La Diabetes En La Salud Y En La Enfermedad Cardiovascular.” *Atención Primaria*, vol. 56, no. 12, 1 Dec. 2024, pp. 103045–103045, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11298807/, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103045>.

LEE, Alexandra, et al. “Social and Environmental Factors Influencing Obesity.” *PubMed*, MDText.com, Inc., 2000, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25905211/.

LIN, Chung-Ying, et al. “Association of Quality of Life with Internet Use and Weight Stigma across Individuals with Obesity and Those without Obesity: Role of Self-Perception.” *Acta Psychologica*, vol. 244, 1 Apr. 2024, pp. 104203–104203, <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104203>.

LINK, Bruce G., and Jo C. Phelan. “Conceptualizing Stigma.” *Annual Review of Sociology*, vol. 27, no. 1, Aug. 2001, pp. 363–385, <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>.

LIPSCHITZ, D. A. “Screening for Nutritional Status in the Elderly.” *Primary Care*, vol. 21, no. 1, 1 Mar. 1994, pp. 55–67, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197257/.

LOOS, Ruth J. F., and Giles S. H. Yeo. “The Genetics of Obesity: From Discovery to Biology.” *Nature Reviews Genetics*, vol. 23, no. 23, 23 Sept. 2021, pp. 1–14, <https://doi.org/10.1038/s41576-021-00414-z>.

RODRIGUES, Marcelo, Ana Caroline, et al. “ADAPTAÇÃO E EVIDÊNCIAS de VALIDADE INICIAIS DO WEIGHT SELF-STIGMA QUESTIONNAIRE.” *Revista Fragmentos de Cultura - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, vol. 34, 27 Dec.

2024, pp. 401–410, seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/14720,
<https://doi.org/10.18224/frag.v34i5.14720>. Accessed 14 Jan. 2026.

MASOOD, Beenish, and Myuri Moorthy. “Causes of Obesity: A Review.” *Clinical Medicine*, vol. 23, no. 4, 1 July 2023, pp. 284–291, <https://doi.org/10.7861/clinmed.2023-0168>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Diretrizes Para O Cuidado Das Pessoas Com Doenças Crônicas Nas Redes de Atenção à Saúde E Nas Linhas de Cuidado Prioritárias.” *Bvsms.saude.gov.br*, 2013, bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf.

MONTANO, Diego. “Association between Socioeconomic Determinants and the Metabolic Syndrome in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) – a Mediation Analysis.” *The Review of Diabetic Studies : RDS*, vol. 14, no. 2-3, 2017, pp. 279–294, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6115006/, <https://doi.org/10.1900/RDS.2017.14.279>.

NASCIMENTO, Larissa Alves do, and Adriana Leão. “Estigma Social E Estigma Internalizado: A Voz Das Pessoas Com Transtorno Mental E Os Enfrentamentos Necessários.” *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 26, no. 1, Mar. 2019, pp. 103–121, www.scielo.br/pdf/hcsm/v26n1/0104-5970-hcsm-26-01-0103.pdf, <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000100007>.

OBESIDADE, Mundo. “Atlas Mundial da Obesidade 2025.” *Painel Brasileiro Da Obesidade*, 28 fev. 2025, painelobesidade.com.br/biblioteca/world-obesity-atlas-2025/.

OKUNOGBE, Adeyemi, et al. “Economic Impacts of Overweight and Obesity: Current and Future Estimates for 161 Countries.” *BMJ Global Health*, vol. 7, no. 9, Sept. 2022, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009773>.

OLIVEIRA, Micaella. “Estigma Do Peso Experienciado Por Docentes Universitários Brasileiros Na Fase Inicial Da COVID-19.” *Ufba.br*, 2016

repositorio.ufba.br/handle/ri/41325, <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/41325>. Accessed 14 Jan. 2026.

OPAS. “Uma Em Cada Oito Pessoas, No Mundo, Vive Com Obesidade - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana Da Saúde.” *Www.paho.org*, 1 Mar. 2024, www.paho.org/pt/noticias/1-3-2024-uma-em-cada-oito-pessoas-no-mundo-vive-com-obesidade.

PAIM, Marina Bastos, et al. “Gordofobia Nos Serviços de Saúde E Seus Efeitos No Acesso à Saúde Das Pessoas Gordas.” *Saúde E Sociedade*, vol. 34, no. 1, 1 Jan. 2025, www.scielo.org/article/sausoc/2025.v34n1/e240048pt/, <https://doi.org/10.1590/s0104-12902025240048pt>.

PAKPOUR, Amir H., et al. “Psychometric Properties and Measurement Invariance of the Weight Self-Stigma Questionnaire and Weight Bias Internalization Scale in Children and Adolescents.” *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 19, no. 2, May 2019, pp. 150–159, <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.03.001>. Accessed 6 Feb. 2021.

PHELPS, Nowell H, et al. “Worldwide Trends in Underweight and Obesity from 1990 to 2022: A Pooled Analysis of 3663 Population-Representative Studies with 222 Million Children, Adolescents, and Adults.” *The Lancet*, vol. 403, no. 10431, 1 Feb. 2024, [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)02750-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02750-2/fulltext), [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)02750-2).

PUHL, Rebecca M., et al. “Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults.” *Obesity*, vol. 26, no. 1, 30 Oct. 2017, pp. 167–175, <https://doi.org/10.1002/oby.22029>.

PUHL, Rebecca M., and Chelsea A. Heuer. “The Stigma of Obesity: A Review and Update.” *Obesity*, vol. 17, no. 5, May 2009, pp. 941–964, <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>.

ROMANO, Kelly A., et al. “Weight Bias Internalization and Psychosocial, Physical, and Behavioral Health: A Meta-Analysis of Cross-Sectional and Prospective Associations.” *Behavior Therapy*, vol. 54, no. 3, 1 May 2023, pp. 539–556,

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789422001514,
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.12.003>.

RUMEL, Davi. ““Odds Ratio”: Algumas Considerações.” *Revista de Saúde Pública*, vol. 20, no. 3, June 1986, pp. 253–258,
www.scielo.br/pdf/rsp/v20n3/11.pdf,
<https://doi.org/10.1590/s0034-89101986000300011>. Accessed 21 May 2021.

SANTOS, Rodrigo Ribeiro dos, et al. “Obesity in the Elderly.” *Revista Médica de Minas Gerais*, vol. 23, no. 1, 2013, pp. 64–73, <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130011>.

SAVELA, Moisés Del Corso da Cunha, and Adriana Piccinin. “PREVALÊNCIA, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE – REVISÃO de LITERATURA.”

Www.jornacitec.fatecbt.edu.br, 16 Sept. 2019, www.jornacitec.fatecbt.edu.br/index.php/VIIIJTC/VIIIJTC/paper/view/1822.

SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. “Estigma Relacionado Ao Peso Corporal: Da Compreensão Teórica à Mudança No Cuidado Em Saúde.” *Repositorio.usp.br*, 2021, repositorio.usp.br/item/003153423. Accessed 14 Jan. 2026.

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa, et al. “Cut-off Point for WHOQOL-Bref as a Measure of Quality of Life of Older Adults.” *Revista de Saúde Pública*, vol. 48, no. 3, June 2014, pp. 390–397, <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004912>.

SIQUEIRA, Bruna Barbosa, et al. “Weight Stigma and Health – Repercussions on the Health of Adolescents and Adults: Integrative Review of the Literature.” *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 70, 16 Apr. 2021, pp. 162–178,
www.scielo.br/j/jbpsi/a/yXzM3MshfhnB45rrBNVpy/?lang=en,
<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000324>. Accessed 30 Nov. 2021.

SOARES, Rhaisa Gontijo, et al. “A Mensuração Do Estigma Internalizado: Revisão Sistemática Da Literatura.” *Psicologia Em Estudo*, vol. 16, Dec. 2011, pp. 635–645,
www.scielo.br/j/pe/a/pthF84SR3LXpNXKqX586xvG/.

SOUZA, Arthur Felipe Alves da Silva, et al. “Pontos de Corte de Índice de Massa Corporal E Suas Relações Com Doenças Crônicas Não Transmissíveis Em Idosos.” *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, vol. 26, 21 Aug. 2023, p. e230054, www.scielo.br/j/rbgg/a/qXgVGH3dqzw6cK36qM4RBCD/, <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230054.pt>. Accessed 13 Sept. 2023.

SOUZA, Luís Paulo Souza e, et al. “Consumo de Bebidas Alcoólicas E Excesso de Peso Em Adultos Brasileiros - Projeto CUME.” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 26, no. suppl 3, Oct. 2021, pp. 4835–4848, www.scielo.br/j/csc/a/K4KF4qfbdHWTXgSvCYbtPRs/?format=pdf&lang=pt, <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.20192019>.

SOZZA, Paula Victoria, et al. “Adaptation and Validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale (WBIS-M) in Brazilian Adults.” *PLOS One*, vol. 20, no. 7, 31 July 2025, p. e0328176, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0328176>.

SWINBUR, Boyd A, et al. “The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments.” *The Lancet*, vol. 378, no. 9793, Aug. 2011, pp. 804–814, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60813-1).

TANG, Changhao, et al. “The Effects of Weight Self-Stigma on Psychological Distress in Adolescents: The Chain-Mediated Roles of Fear of Negative Appearance Evaluation and Social Appearance Anxiety.” *Frontiers in Psychology*, vol. 16, 18 Sept. 2025, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1619694>.

TAROZO, Maraisa, et al. “Adaptação Cultural E Características Psicométricas Da Weight Bias Internalization Scale (WBIS).” *Psicologia - Teoria E Prática*, vol. 24, no. 2, 2022, <https://doi.org/10.5935/1980-6906/eptppa14166.pt>.

TAROZO, Maraisa, et al. “Impacto Das Consequências Psicossociais Do Estigma Do Peso No Tratamento Da Obesidade: Uma Revisão Integrativa Da Literatura.” *Psicologia: Ciência E Profissão*, vol. 40, 2020, <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190910>.

TIRTHANI, Ekta, et al. “Genetics and Obesity.” *PubMed*, StatPearls Publishing, 2022, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34424641/.

VAHEDI, Shahrum. “World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model.” *Iranian Journal of Psychiatry*, vol. 5, no. 4, 2010, pp. 140–153, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22952508/.

VLADIMIRA, Timkova, et al. “Psychosocial Distress in People with Overweight and Obesity: The Role of Weight Stigma and Social Support.” *Frontiers in Psychology*, vol. 15, 7 Jan. 2025, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1474844>.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira, and Vanessa Alves Ferreira. “Obesidade: Uma Perspectiva Plural.” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, no. 1, 1 Jan. 2010, pp. 185–194, www.scielo.org/article/csc/2010.v15n1/185-194/pt/, <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024>.

WHO. “WHOQOL-BREF : Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment : Field Trial Version, December 1996.” *Www.who.int*, Dec. 1996, www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF.

ZAGARIA, Andrea, et al. “The Relationship between Internalized Weight Stigma and Physical and Mental Health-Related Quality of Life in a Large Sample of Women: A Structural Equation Modeling Analysis.” *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, vol. 28, no. 1, 21 June 2023, <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01582-z>.

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “**NutricionalMente: Efeito da intervenção nutricional, da Terapia Cognitivo Comportamental e de estratégias de *m-Health* sobre a perda de peso e o comportamento alimentar de adultos e idosos com excesso de peso**”, coordenado pela professora Júlia Cristina Cardoso Carraro, da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto. O objetivo da pesquisa é avaliar o efeito de tratamento nutricional e psicológico (Terapia cognitivo-comportamental) na perda de peso e na melhoria de exames bioquímicos (exames de sangue que ajudam a entender melhor seu estado de saúde, como glicose e colesterol) e comportamentais (como hábitos alimentares, atividade física, saúde mental e qualidade de vida) em adultos e idosos com excesso de peso.

Caso você aceite participar desta pesquisa você deverá comparecer à Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua casa para realizar os seguintes procedimentos:

- No primeiro e último encontro, você passará por uma avaliação individual (aproximadamente 40 minutos cada):
 - Coleta de sangue (após 12 horas de jejum);
 - Avaliação do peso, altura, perímetro da cintura (medida ao redor da cintura) e do pescoço (medida ao redor do pescoço), além da composição corporal, que é medida através de um aparelho para avaliar a quantidade de gordura corporal e de massa magra.
 - Aferição da pressão arterial;
 - Resposta a questionários que envolvem perguntas sobre a caracterização do participante, hábitos e comportamentos, condições de saúde física e mental.
- Outros encontros (aproximadamente 2 horas cada):
 - Serão formados quatro grupos e você será aleatoriamente distribuído para um dos grupos da pesquisa e participará de 8 encontros coletivos para a intervenção

direcionada para a perda de peso e melhoria da saúde geral. Embora os grupos tenham abordagens distintas, todos os grupos receberão tratamento adequado visando a perda de peso e melhoria da saúde.

Antes da avaliação inicial, todos os participantes receberão este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua participação nas intervenções só será permitida após concordância e assinatura do mesmo. O termo deverá ser assinado por ambas as partes, participante e pesquisador, em duas cópias, uma para cada parte.

Todas as informações obtidas serão confidenciais e sua divulgação científica ocorrerá de forma coletiva e, nunca individualmente, ou de forma que permita a sua identificação. No final do estudo, serão divulgados em meios científicos os principais achados encontrados e resultados, os quais servirão para identificar qual intervenção é mais eficaz na perda de peso e melhoria de outros parâmetros de saúde e de qualidade de vida.

Esta pesquisa possui como métodos invasivos a coleta de sangue, que oferece como riscos aqueles inerentes a qualquer coleta sanguínea: possibilidade de hematomas e dor no local da punção (como qualquer outra coleta de sangue que você já tenha realizado). Além disso, as avaliações podem gerar algum grau de constrangimento/desconforto (como, por exemplo, nas medidas de peso, resposta de questionários sobre questões pessoais). No entanto, ressalta-se que todos os procedimentos serão realizados com profissionalismo, ética e sigilo, por pessoal treinado e capacitado para as coletas, como forma de minimizar qualquer inconveniente e inibir a ocorrência de situações constrangedoras. As amostras sanguíneas coletadas serão armazenadas na Escola de Nutrição até o momento de suas análises, identificadas por códigos, sob a responsabilidade dos pesquisadores principais, e serão descartadas após 5 anos ou após a publicação dos resultados, não sendo permitida a sua utilização para outros objetivos além dos aqui mencionados. Você terá acesso a acompanhamento profissional visando a melhoria de parâmetros antropométricos (peso, composição corporal), bioquímicos, alimentares e comportamentais, colaborando para uma melhor qualidade de vida. Você terá ainda acesso aos resultados dos exames realizados e será orientado a respeito de eventuais alterações. Ademais, uma vez identificada a intervenção mais eficaz, todos os participantes dos outros grupos terão acesso ao procedimento. De toda forma, você é livre para decidir participar ou não deste estudo, e para recusar a continuar em qualquer etapa da execução do mesmo, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo.

A equipe envolvida se responsabiliza pela garantia de suporte e indenizações financeiras em caso de qualquer eventual dano causado. Além disso, o participante terá direito ao ressarcimento de despesas que envolvam a sua participação na pesquisa, caso haja.

Para facilitar o acesso e evitar deslocamentos desnecessários, os participantes serão alocados na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência. Todos os procedimentos serão gratuitos e não haverá nenhum tipo de remuneração para sua participação.

Nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Em caso de dúvida, entre em contato conosco, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto:

Os Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil (CEP e CONEP) revisam os projetos de pesquisa conduzidos pelas instituições de ensino e pesquisa, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários, além de promoverem a ética na ciência, receber denúncias e requerer a sua apuração.

Para dúvidas sobre o projeto:

Prof^a. Júlia Cristina Cardoso Carraro (31) 98756-6451 julia.carraro@ufop.edu.br

Para dúvidas sobre os procedimentos éticos:

Comitê de Ética em Pesquisa - UFOP: (31) 3559-1368

Eu, _____ declaro ter sido informado a respeito dos objetivos do estudo, e qual a minha participação e contribuição na pesquisa. Declaro estar ciente que todas as informações são confidenciais e que eu tenho a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida. Sei que a minha participação não terá despesas, nem remuneração e que estão preservados os meus direitos. Assim, concordo voluntariamente e consinto na minha participação no estudo, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem quaisquer prejuízos. Afirmo também que recebi uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pelos pesquisadores.

Ouro Preto - MG, _____ de _____ de 2024.

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

1

- 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
- 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

- 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

11

- 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- 4. Por ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

12

- 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- 3. Freqüentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

13

- 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lanchinho entre as refeições.
- 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

6

- 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

- 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- 3. Freqüentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".

8

- 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

- 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".

10

- 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".
- 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- 3. Freqüentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

14

- 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
- 3. Freqüentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "pré-ocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

15

- 1. Eu não penso muito sobre comida.
- 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

16

- 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.

6. QUESTÕES SUBJETIVAS

(Nesse módulo do questionário serão abordadas questões sobre sua percepção sobre qualidade de vida e como as pessoas enxergam os indivíduos com excesso de peso)

QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref)

Marque a alternativa que reflete o quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas:

6.1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?

(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim e nem boa (4) Boa (5) Muito boa

6.2) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.3) As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas:

6.3.1) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

6.3.2) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

6.3.3) O quanto você aproveita a vida?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

6.3.4) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

6.3.5) O quanto você consegue se concentrar?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

6.3.6) Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

6.3.7) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

() Nada () Muito pouco () Mais ou menos () Bastante () Extremamente

6.4) As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

6.4.1) Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

ANEXO II

6.4.2) Você é capaz de aceitar sua aparência física?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

6.4.3) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

6.4.4) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

6.4.5) Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

6.5) As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas:

8.5.1) Quão bem você é capaz de se locomover?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

6.5.2) Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.5.3) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.5.4) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.5.5) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.5.6) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.5.7) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.5.8) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.5.9) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.5.10) Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

ANEXO II

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.5.11) Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

6.6) A questão seguinte refere-se à frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas:

6.6.1) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente (5) Sempre

6.7) Por favor, assinale o quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações:

| | Disco rdo plena ment e | Disco rdo | Nem conco rdo nem disco rdo | Conc ordo | Conc ordo plena ment e |
|---|------------------------------------|--------------|--|--------------|------------------------------------|
| Eu sempre volto a estar acima do peso | | | | | |
| Eu causei meus problemas de peso | | | | | |
| Eu me sinto culpado(a) por causa dos meus problemas de peso | | | | | |

ANEXO II

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Fique i acim a do peso porq ue sou uma pesso a fraca | | | | | |
| Eu nunc a teria probl emas com peso se fosse mais forte | | | | | |
| Não tenho autoc ontro le sufici ente para mant er um peso saudá vel | | | | | |
| Eu me sinto inseg uro(a) quant o à opini ão dos outro s sobre mim | | | | | |
| As pesso as me | | | | | |

ANEXO II

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| discrimina m porq ue tenho probl emas com peso | | | | | |
| É difícil para pesso as que nunc a tivera m probl emas de peso se relaci onare m comi go | | | | | |
| Outr os pensa rão que não tenho autoc ontro le por causa dos meus probl emas de peso | | | | | |
| As pesso as pensa m que sou o culpa do | | | | | |

ANEXO II

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| pelos meus problemas de peso | | | | | |
| As pessoas têm vergonha de estar perto de mim por causa do meu peso | | | | | |

6.8) Por favor, avalie seu nível de concordância com as seguintes afirmações usando esta escala:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 = Discordo fortemente | | | | | | | |
| 2 = Discordo | | | | | | | |
| 3 = Discordo um pouco | | | | | | | |
| 4 = Nem concordo nem discordo | | | | | | | |
| 5 = Concordo um pouco | | | | | | | |
| 6 = Concordo | | | | | | | |
| 7 = Concordo fortemente | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Por favor, avalie seu nível de concordância com as seguintes afirmações usando esta escala: | D i s c o r d o f o r t e m e n | D i s c o r d o | D i s c o r d o u m p o u c o | N e m c o n c o r d o n e m d i | C o n c o r d o u m p o u c o | C o n c o r d o | C o n c o r d o f o r t e m e n |

ANEXO II

| | t | | | s | | | t |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| | e | | | c | | | e |
| | | | | o | | | |
| | | | | r | | | |
| | | | | d | | | |
| | | | | o | | | |
| 2.Eu sou menos atraente do que a maioria das pessoas por causa do meu peso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3.Eu me sinto ansioso (a) sobre o meu peso por causa do que as pessoas podem pensar de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4.Eu gostaria de poder mudar drasticamente meu peso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5.Sempre que eu penso muito sobre meu peso, me sinto deprimido (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6.Eu me odeio por causa do meu peso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7.Meu peso é a principal forma pela qual eu julgo meu valor como pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8.Eu não sinto que mereço ter uma vida social plena, por causa do meu peso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9.Eu estou bem com o peso que tenho. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10.Por causa do meu peso eu não me sinto como eu sou de verdade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11.Por causa do meu peso, eu não entendo como alguém atraente poderia querer namorar comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |