



Marlene N. Silva

Doutorada em Saúde e Condição Física, Psicóloga Clínica, Investigadora Associada, CIPER- Self-Regulation Group, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Professora Auxiliar, Faculdade de Educação Física e Desporto-ULHT

Obesidade e estigma: duas faces da mesma moeda?

Palavras-chave: *Obesidade; Gestão do peso; Pressão interna e externa; Efeitos paradoxais; Motivação; Estigma*

Resumo

O aumento da prevalência de obesidade não representaria um problema social tão marcante se os ideais normativos de «beleza equivalente a magreza» não fossem acompanhados de criação de estereótipos e consequente discriminação das pessoas com excesso de peso. Tais estereótipos refletem uma visão da obesidade como algo controlável e da total responsabilidade de quem apresenta a condição, alguém que é visto como preguiçoso, guloso, com falta de autodisciplina e competência para controlar as suas «vontades». Neste sentido, muito longe de se ver a obesidade como um problema ambiental, médico, ou até estético (dado o ideal de beleza vigente), é antes perspetivada como um «defeito de carácter». Esta especificidade dita consequências graves, na maioria das vezes paradoxais, para a própria gestão do peso.

Apoiando-se em evidência científica, o presente artigo vai procurar demonstrar os mecanismos através dos quais a existência documentada de estigma pode estar a contribuir, de forma perversa, para o aumento dos níveis de obesidade e dificuldades na sua adequada gestão. Mecanismos ligados à autoestima contingencial, à motivação e à imagem corporal, entre outros, serão discutidos e apresentada a contribuição do seu conhecimento para o desenvolvimento de práticas de intervenção mais adequadas. Neste sentido, o artigo termina com a identificação de algumas estratégias, simples na sua aplicação, mas potenciadoras da criação de novas formas de estar e intervir em contextos ligados à gestão do peso.

Enquadramento

Obesidade e estigma: uma realidade social «benigna»?

Enquanto que outras formas de preconceito - e discriminação - são mal aceites socialmente, o estigma face às pessoas com excesso de peso não só é tolerado, como encorajado, como se tivesse uma função útil e protetora (*Temos que dizer algo, há que fazer alguma coisa, se não é pior*). Não temos - antes pelo contrário!

A este propósito, têm-se sucedido um número crescente de publicações científicas nos últimos anos, dando conta (com base em estudos observacionais e experimentais), da existência documentada deste preconceito contra pessoas com excesso de peso e obesidade^{1,2}, e também dos potenciais efeitos adversos deste fenómeno para a própria gestão do peso^{3,4}. Mas apesar do acumular de evidência científica, os exemplos de estigma a vários níveis repetem-se, não só no quotidiano laboral, familiar, social, mas principalmente em contextos de saúde^{5,6}.

Para além da discriminação nas relações sociais (p.ex. desde muito pequenas, as crianças escolhem - com base em fotos - crianças mais magras para brincar), ou no acesso ao emprego (p.ex., perante dois candidatos com experiência profissional equivalente, os empregadores tendem a preferir o de menor IMC), a evidência científica dá também conta de discriminação em contextos de saúde, estando os profissionais de saúde entre as classes que principalmente discriminam⁶. Es-

tudos têm até demonstrado que os médicos tendem a criar menos afinidade e empatia com pessoas com excesso de peso⁷. São frequentes o «apontar o dedo» e a ameaça (*Já viu ao que se deixou chegar? Isto não pode continuar ou vai acabar na mesa de operações*), a atribuição de qualquer queixa apresentada ao excesso de peso (*É normal que sintas isso, tens que perder peso*), e até o desconforto manifesto ao executar determinados procedimentos expresso em olhares ou desviar de olhares, esgares, silêncios... Longe de gerarem mudança, acabam por contribuir para o afastamento das pessoas com excesso de peso dos serviços médicos, para a subvalorização das queixas por profissionais e doentes, para o subdiagnóstico e o agravamento dos problemas clínicos⁶.

A experiência de discriminação parece ter também efeitos negativos nos próprios comportamentos envolvidos na eficaz gestão do peso e vários são os estudos ligando a interiorização dos

mente sancionadas a nível judicial, em que a pessoa com excesso de peso é representada de forma negativa, associada a uma imagem de preguiça, sujidade, gula, desleixo, tristeza, confusão, abatimento, inatividade, vergonha, embaraço e dificuldades relacionais.

A este propósito, estudos experimentais recentes sublinham conclusões que, só à custa de algum autismo social, não suscitam mudanças de paradigma a nível macro: as mensagens de saúde pública desenhadas e desenvolvidas para prevenir e tratar a obesidade podem, ironicamente, estar a ajudar a sua sustentação¹². Verificou-se, por exemplo, que depois de expostos à leitura de um artigo estigmatizante os participantes de um estudo experimental que se percecionavam como tendo excesso de peso ou obesidade revelaram tendência para a sobrealimentação e descontrolo alimentar, consumindo *snacks* mais calóricos do que os participantes no grupo de controlo, e, mais

Importa desmontar a crença de que estimular uma forte insatisfação face ao peso é uma boa via para promover mudanças comportamentais sustentáveis

estereótipos a este nível com indicadores de desregulação do comportamento alimentar (p.ex. maiores níveis de desinibição alimentar e de alimentação emocional)^{8,9}. Também para a prática de atividade física parecem existir efeitos adversos, com as vítimas de discriminação a evitarem a exposição do seu corpo, o que pode comprometer o exercício em lugares públicos, refletindo-se ainda na experiência de maior *stress* associado à prática quando ela acontece¹⁰.

Apesar do acumular de evidência ao nível da experiência individual do estigma, só há bem pouco tempo a questão começou a ser investigada a nível macro, ou seja, qual o impacto que o estigma pode ter no domínio da saúde pública^{2,11}. As campanhas a este nível oferecem uma panóplia de exemplos em que o sublinhar de estereótipos, e a consequente discriminação, estão presentes de forma intencional, assentes na crença generalizada de que criar insatisfação facilitará o potenciar da mudança de comportamentos. No caso da obesidade, a nível nacional e internacional, sucedem-se as campanhas, algumas delas posterior-

importante ainda, do que aqueles que não se percecionavam com excesso de peso¹².

Estigma como promotor de obesidade: mecanismos de ação

Vários podem ser os mecanismos na base deste efeito paradoxal que o estigma pode ter no caso da obesidade, acabando por contribuir para algo que supostamente pretende combater. Importa percebê-los para desmontar a crença, algo generalizada, de que a criação de forte insatisfação face ao peso é uma boa via na criação de mudanças comportamentais fundamentais para a eficaz gestão do peso.

Um dos principais mecanismos avançados tem a ver com a **necessidade de auto-proteção**. A vivência de estigma com base no peso pode traduzir-se numa perceção de ameaça à identidade pessoal por parte de quem o experiencia, e essa ameaça acaba por ter repercussões ao nível dos comportamentos de saúde. Importa perceber que perante este sentimento de ameaça/desvalorização a pessoa defende-se colo-

cando em marcha estratégias autorregulatórias de supressão de estereótipos e de emoções negativas, estratégias que passam por uma necessidade maior de agradar, causar boa impressão ou por evitar situações em que o risco de desvalorização esteja presente¹³.

comportamentos alvo para a gestão do peso (i.e. ingestão alimentar e exercício). Tal desgaste não só pode passar despercebido a todos aqueles que perpetuam o estigma, como inclusivamente ao próprio alvo da discriminação, uma vez que muitos destes processos se operam de forma incons-

A maioria das mensagens de saúde no âmbito da obesidade longe de contribuir para o sucesso do processo autorregulatório, antes o prejudicam e suprimem

A **resposta ao stress** é outro dos mecanismos que podem ajudar a perceber este efeito perverso: perante a já exposta ameaça à identidade desencadeada pelo estigma, a pessoa pode desenvolver uma resposta de *stress* (agudo, ou até crónico em caso de exposição prolongada), e esta resposta tem sido ligada a maior descontrolo alimentar e preferência por alimentos ricos em açúcar e gordura^{1,8-9}. Os processos expostos «consomem» energia e recursos emocionais/cognitivos. Deixam a pessoa mais frágil, mais vulnerável às solicitações internas e externas, nomeadamente no que à alimentação diz respeito.

As consequências mais profundas dos mecanismos em cima expostos podem ser melhor apreendidas com base nos **modelos de autocontrolo**¹⁴. O autocontrolo, referindo-se à aplicação de um controlo executivo importante para a supressão de pensamentos, emoções e comportamentos negativos, tem sido encarado como um

ciente. De qualquer forma, consciente ou não, a evidência científica é cada vez mais consistente e forte a demonstrar que experienciar estigma com base no peso pode, ironicamente, levar os indivíduos a comerem mais e pior, ao invés de menos⁸⁻⁹.

A **criação de ambivalência** (procura de preservação de uma imagem positiva de si *versus* a interiorização de culpa, desvalorização dos recursos pessoais e imagem corporal) pode ser outra das respostas possíveis a mensagens incitando à ação baseadas na criação de insatisfação corporal e discriminação. Um exemplo poderia ser a participação em programas de gestão do peso como resposta ao aproximar do verão e a insegurança face ao corpo^{11,15}. Muitas das pessoas que decidem envolver-se em programas de gestão do peso acabam por desistir a determinada altura do processo ou mesmo em fases muito iniciais pós-inscrição (muitas após um primeiro passo acabam por nem sequer se chegar envolver). A

Ainda que todas as formas de motivação possam conduzir a ação, apenas a motivação autónoma tem ligação consistente com a integração sustentável dos comportamentos ligados à gestão do peso

recurso limitado, e portanto, uma vez sendo necessário o esforço pessoal para gerir determinada situação, os recursos da pessoa vão sendo mais escassos para lidar com outras. Ora, tal como já foi referido, a energia necessária para lutar contra uma imagem negativa de si e as implicações para o autoconceito que daí podem advir, acabam, paradoxalmente, por deixar a pessoa com menos recursos para a adoção e manutenção dos

questão da ambivalência face ao processo de mudança, nomeadamente no caso das pessoas com excesso de peso ou obesidade, tem sido também investigada à luz do papel que o estigma pode ter na sua potenciação¹⁵. A contração no peso corporal, a insatisfação que pode acompanhar essa contração, a desvalorização pessoal, no seu conjunto contribuem para a intensificação de ambivalência ao invés de a resolver, tornado mais complicado

o processo decisório: a pessoa sente que tem de fazer algo mas não se sente capaz de o fazer. A culpabilização implícita nas mensagens ligadas à discriminação é muitas vezes interiorizada pela pessoa levando ao empobrecimento dos seus recursos e confiança em si, refletindo-se na criação de barreiras e obstáculos à mudança que protejam a autoestima, já de si potencialmente frágil. A pessoa defende-se através de impedimentos externos e a falta de tempo ou as muitas atividades concorrentes passam a servir de escudo contra um potencial confronto com uma fragilidade que a pessoa pressente ter, muitas vezes apenas fruto da interiorização de mensagens exteriores¹⁶.

A linha de estudos em cima mencionados tem, então, demonstrado que, longe de contribuir para o sucesso do processo autorregulatório, a maioria das mensagens de saúde no âmbito da obesidade, o prejudicam e suprimem. Na luta contra os sentimentos ambivalentes acerca de si (procura de preservação de uma imagem positiva de si *versus*

compreensão dos processos de mudança comportamental e bem-estar, fundamentais nos processos de gestão do peso a longo prazo.

Defendendo a existência de diferentes «raízes» motivacionais para a ação, comportando diferentes consequências também, a TAD permite uma compreensão aprofundada do problema que a existência de estigma e discriminação podem trazer para os processos de perda de peso e sua sustentação. De forma muito simples, dependendo do *locus* de causalidade para a ação (interna e verdadeiramente disposicional/volitiva *versus* externa ou situacional) e do nível de pressão envolvidos no desencadear do comportamento, **a motivação pode ser classificada como:**

- **Controlada**, isto é, sendo causada como resposta a pressões externas ou internas: *Pressões externas* configuram a presença de controlo direto, referem-se a contingências ditadas por outros através do reforço positivo/negativo e ou punição (p.ex. criação de incentivos externos,

Tanto o exercício como o comportamento alimentar podem ser promovidos como fins em si: pelo prazer que a prática pode representar, pelas sensações envolvidas, pela descoberta pessoal

a interiorização de culpa, desvalorização dos recursos pessoais e imagem corporal), a pessoa afasta-se da tomada de decisão inicial. A experiência pessoal do estigma desencadeia então um conjunto de estereótipos e antecipações negativas que a pessoa procura combater, gerando uma cascata de pensamento desordenado e gerador de maior ambivalência¹⁷.

A intervenção para «além» do estigma: o tipo de motivação como variável a considerar

Um modelo teórico que tem ganho particular relevância na compreensão de como a pressão social e a interiorização de uma imagem negativa de si podem comprometer todo o processo de mudança, é a **Teoria da Autodeterminação (TAD)**¹⁸. Esta macro-teoria da personalidade e desenvolvimento humanos, ao postular uma propensão inata para o desenvolvimento, equilíbrio e saúde, sustentada ou não pelo contexto social (p.ex. uma intervenção para a gestão do peso), levanta importantes indicadores a considerar na

imposição de ordens e consequências negativas, ameaças); *Pressões internas* podem refletir a presença de controlo indireto, a criação subtil de conflito interno pela internalização de mensagens conducentes a sentimentos de vergonha, culpa, insatisfação.

- **Autónoma**, isto é, assentando verdadeiramente num *locus* de causalidade interno, ou seja, num sentimento de volição e livre arbítrio face à ação. A pessoa sente que realmente *escolhe* (e escolher é muito mais que simplesmente decidir...) com base no seu sistema de valores pessoais, na congruência com a identidade percebida, ou pelo valor intrínseco da ação, pelo prazer, desafio ou desenvolvimento que comporta.

Ainda que todas as formas de motivação possam conduzir à ação, a investigação, traduzida em revisões sistemáticas e meta-análises, tem demonstrado de forma fortemente sugestiva que apenas a motivação autónoma (e os mecanismos a ela conducentes) tem ligação consistente com a integração e manutenção dos comportamentos de saúde e de exercício¹⁹⁻²⁰. Evidência experimental

sublinhou a importância das motivações autônomas especificamente para o caso da gestão do peso a longo prazo²¹. As motivações de ordem controlada, nomeadamente as derivadas de pressões internas até tiveram algum papel no curto prazo mas no longo prazo deixaram de contribuir

tamento com a imagem corporal (quer pela discrepância sentida face a um corpo/peso ideal, quer pela saliência que as questões do peso assumem na vida quotidiana) se traduziu em motivações de ordem controlada para o tratamento e num perfil de saúde mental empobrecida²³. Este resultado está

Aumentar o autoconhecimento e estimular a valorização pessoal a qualquer peso parecem ser vias fundamentais para a alteração comportamental sustentada.

Alteração potenciada por um corpo que se pretende estimular a viver

para a perda de peso. Mesmo no curto prazo este papel das pressões é dúbio, uma vez que se por um lado levaram a perda de peso, também se relacionaram com piores perfis de saúde emocional, o que, de forma perversa, pode ter-se traduzido em piores perfis de gestão do peso a longo prazo (fenômenos iô-iô por exemplo)²².

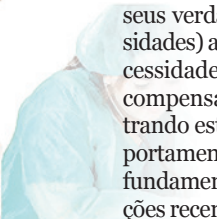
Mais pertinente ainda para a discussão central em análise e fornecendo importantes pistas para a discussão do fenómeno anteriormente levantado, uma análise *post-hoc* do já citado estudo experimental²¹ explorou os mecanismos pelos quais poderiam surgir a motivações de ordem controlada para a gestão do peso e quais as suas consequências.

O modelo testado evidenciou que um maior des-
conten-

totalmente alinhado com a lógica inicialmente apresentada de que a pressão social para um determinado estereótipo de peso e imagem e a discriminação dos restantes, quando interiorizada pelas pessoas dá origem a motivações de «má» qualidade e com resultados contraproducentes.

Uma das premissas básicas da TAD¹⁸ é a **importância de se considerarem condições fundamentais para o funcionamento motivacional ótimo e desenvolvimento humano**. Estas condições são entendidas como necessidades psicológicas básicas: **Autonomia**, enquanto percepção de volição por parte do indivíduo face às suas ações. A autonomia não tem que significar ser independente (i.e. não precisar de outro(s) na realização da ação), tem antes a ver com a percepção de escolha livre relativamente ao comportamento; **Competência**: percepção de capacidade face às ações a desencadear; sentimento de efetividade e progresso ao realizar determinado comportamento; **Relacionamento Positivo**: percepção de inclusão e aceitação incondicional (independentemente de resultados atingidos) por parte do meio social circundante.

Quando estas necessidades não são suportadas pelo contexto, e este contribui para a sua frustração, a rota daquilo que seria o desenvolvimento «normal» (i.e. a pessoa seguir aquilo que são os seus verdadeiros interesses, valorizações e necessidades) altera-se e a pessoa passa a apresentar necessidades substitutas, comportamentos compensatórios e mal-estar psicológico²⁴. Ilustrando este racional com o caso concreto do comportamento alimentar desregulado (um elemento fundamental na etiologia da obesidade), investigações recentes analisaram os mecanismos desenca-



deados pelo contexto atual de estereótipos e pressões sociais para a magreza: i) tal contexto é perspetivado como frustrando as necessidades básicas de uma larga fatia da população, criando inseguranças e compulsão para determinadas formas de ser e de agir; ii) tal pode conduzir à criação de necessidades substitutas (p.ex. ter um determinado corpo); iii) necessidades que potencialmente conduzem à criação de padrões comportamentais rígidos de comportamento alimentar (uma restrição alimentar muito acentuada e rígida); iv) rigidez esta que acaba por gerar, muitas vezes, fenómenos de perda de controlo (apresentando a pessoa fenómenos de desinibição e sobrealimentação); v) podendo surgir também comportamentos de oposição/desafio constantes - iniciando e parando programas (ou tentativas individuais) de gestão do peso²⁵. Esta face do desafio pode explicar muitos fenómenos de resistência a determinadas recomendações médicas, etc.

A Figura 1 procura ilustrar os mecanismos discurtidos ajudando a perceber que, de facto, iniciar um processo de gestão de peso por razões «externas», procurando dar resposta a ideais sociais, mesmo quando estes passam a ser endossados pela pessoa (pior ainda neste caso pois a fragilidade e insatisfação causada são maiores), longe de criar mudança, a pode comprometer e minar. Esta linha de estudos tem sido prolifera a mostrar que objetivos de perda de peso focados na imagem/aparência física (por contraste com uma centração no bem-estar, vitalidade, saúde) tem efeitos contraprodu-

centes, quer na sustentação do comportamento de exercício, quer na gestão do peso.

Imagem corporal empobrecida: um marcador de insucesso na gestão do peso

Foram sublinhados diversas vezes os potenciais efeitos paradoxais das pressões sociais para uma determinada imagem, através de vários mecanismos. Uma visão mais simplista pode concluir (não totalmente de forma errada) que a insatisfação a nível do corpo, longe de contribuir para a mudança, a pode bloquear. Criar um «elemento de choque» ou até «tocar na dor», como tantas teorias do *marketing* defendem, poderia saldar-se em mudanças aquém do objetivo inicial de procura de algo que dê resposta à insatisfação criada (muitas vezes através da aquisição de bens materiais. Há de facto uma larga fatia da indústria que literalmente lucra com uma população insatisfeita (pensemos na venda de cremes milagrosos e produtos pseudo naturais só como a ponta deste *iceberg*). Acima de tudo a pessoa arrisca-se a empobrecer na qualidade da sua motivação (pelo desenvolvimento de motivações derivadas da pressão interna e externa), na sua autoestima e autoconfiança, e principalmente nos recursos regulatórios para lidar com o seu excesso de peso e os desafios que a sua gestão coloca.

Não obstante, uma palavra de cautela se levanta aqui. O querer ter um corpo diferente, uma insatisfação q.b. com o corpo percecionado não tem de acarretar problemas de maior. De facto a

Figura 1

Estigma e efeitos paradoxais na gestão do peso

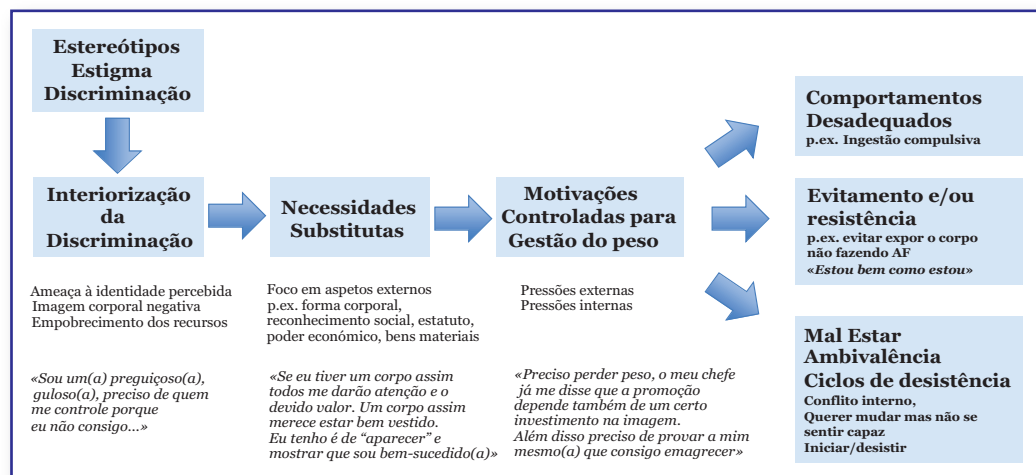


imagem corporal refere-se à percepção que a pessoa tem do seu corpo, mas também à sua atitude face à aparência. Esta componente do significado psicológico que a pessoa atribui ao seu corpo, e as consequências para o seu autoconceito, é que pode acarretar problemas a considerar. Veja-se, por exemplo, em testemunhos do tipo «Com este corpo não vou a lado nenhum... Se não consigo controlar o meu peso, não consigo controlar nada na minha vida». Nestes casos, a aparência torna-se central para identidade pessoal e o amor-próprio passa a estar contingente ao alcançar de certos ideais sociais em termos de figura corporal. A investigação tem salientado o papel desta dimensão. O investimento que é feito na imagem, a sua saliência ou, por outras palavras, o «peso» que se atribui ao peso, é que é verdadeiramente fundamental na compreensão de como o estigma e as pressões sociais podem minar a gestão do peso, porque aumentam este «peso», contribuindo para comportamentos disfuncionais, quer em termos de alimentação, quer mesmo de atividade física²⁶. A este propósito, a melhoria desta componente foi um dos mecanismos mediadores através dos quais a prática de exercício físico denotou efeitos na regulação do comportamento alimentar²⁷.

Dos mecanismos às práticas: implicações para a intervenção dos profissionais

A procura de uma visão mais aprofundada dos fenómenos ligados à motivação, à imagem corporal, e aos outros mecanismos enunciados, pretendeu ajudar a compreensão do potencial efeito paradoxal do estigma e contribuir para o desenvolvimento de práticas de intervenção, seja a nível individual, seja comunitário, mais adequadas. Não procurando ser um manual de boas práticas, nesta última secção, pretende-se apenas identificar algumas estratégias fundamentais quando o que está em causa é ajudar a pessoa com excesso de peso a refletir e considerar o que pode ou não ser alterado no seu estilo de vida e no seu peso. Simples na sua aplicação, as considerações seguintes podem ser a ponte para a criação de novas formas de estar e intervir em contextos ligados à gestão do peso.

Um primeiro passo fundamental para todos aqueles profissionais que pretendem intervir junto de pessoas com excesso de peso tem a ver com a tomada de consciência das verdadeiras motivações para o fazer:

🔴 *Existem estereótipos envolvidos?*

A existência de alguns testes de preconceito recorrendo a metodologias de associação implícita, e por isso menos passíveis de serem influenciados por efeitos de desejabilidade social, pode facilitar em muito esta tarefa (p.ex. <https://implicit.harvard.edu/implicit/>). De facto, quando o excesso de peso de alguém nos incomoda e nos sentimos impedidos a comentar/intervir, é fundamental ter a certeza de que não o estamos porque associamos certas características ao seu peso (p.ex., é gulosa, preguiçosa, menos solícita e proactiva, mais indolente e, portanto, menos desejável social, profissional e emocionalmente?). Valoriza-se mais o comportamento ou o corpo que o acompanha? Por exemplo, não é o ato de ingerir um grande bolo cheio de açúcar que se julga, mas a pessoa que o faz? Se for uma pessoa magra até é um quadro amoroso, mas se for uma pessoa com excesso de peso isso vale um forte abanão de cabeça...

🔴 ***Existem “ vaidades ” pessoais envolvidas?*** Estará o profissional, também ele, pressionado de diversas formas para intervir? Pressionado exteriormente porque é avaliado com base em indicadores e os quilos perdidos são um indicador apetecível e facilmente valorizado? Pressionado interiormente não só porque de alguma forma o «corpo redondo» entra em conflito com o que interiorizou ser o «corpo saudável», como porque o reflexo corretivo que em todos habita o impele a agir salvaguardando o brio e autoestima profissional?

Impõe-se também a necessidade de maior abertura e sensibilidade à forma como o outro sente o seu corpo (magro ou gordo). Não é porque desde sempre se ouviu aquela pessoa brincar com a grande barriga que tem ou com as ancas ou peito maior, que ela terá tanto à vontade e leveza na abordagem desses conteúdos como aparenta. Pelo contrário, muitas vezes o tocar constantemente nesses assuntos só serve para evidenciar o sofrimento envolvido. É a lógica do «*Antes que outros ataquem, ataco eu*». Neste sentido, ficam algumas **sugestões sobre como abordar o assunto:**

🔥 **Perguntar à pessoa se se sente confortável com o tema**, e pedir permissão para abordar a questão (p.ex. «Gostaria de utilizar uns minutos para falar sobre... Concorda?»), «Gostaria de partilhar consigo aquilo que penso sobre o que pode estar a dificultar a perda de peso e conversar sobre vários cursos de ação possíveis. Concorda?»). Quando se obtém permissão há que explorar perspetivas pessoais («O que é que já sabe sobre...?», «O que é que quer saber sobre...?»). Isso permitirá aumentar a disponibilidade da pessoa para ouvir, diminuindo a sensação de intrusão e possivelmente a resistência («O que pensa sobre isto?», «O que é que lhe parece esta informação?», «O que é que considera útil, interessante?»)

🔥 **Evitar «expor» a pessoa** ao abordar o assunto em grupo.

🔥 **Ter atenção à comunicação não verbal** – olhares (onde se prende enquanto se fala...), tons de voz, exclamações ou silêncios.

🔥 **Refletir sobre a comunicação verbal. Há palavras que assumem atribuições implícitas carregadas de sentido negativo** (por exemplo, ter «falta de autocontrolo» ou «pouca força de vontade», implicando que se é «fraco»). Estas podem ser substituídas por expressões mais neutras que não vão ser encaradas pelo outro como acusadoras ou fontes de pressão e sofrimento desnecessários.

Para além do olhar «interno» exposto nas alíneas anteriores, a intervenção nesta área implica também um olhar para o contexto «externo», isto é, para o próprio «cenário» físico da intervenção.

🔥 **As escalas e outros equipamentos são adequados a vários volumes corporais?** (p.ex. pode ser bastante constrangedor se a braçadeira do medidor de pressão arterial não entrar no braço do cliente, ou se a cadeira para se sentar não lhe permite que o faça).

🔥 **Há espaço físico suficiente** quer entre equipamentos (p.ex. no caso do ginásio), quer nos balneários (duches e casas de

banho) para ser utilizado por pessoas de tamanhos diferentes, de forma confortável?

🔥 **Asseguram-se condições de privacidade** se a pessoa não se quiser expor demasiado no contexto de exames (vestuário privado ou uso de biombo para se poderem trocar de forma resguardada)?

🔥 **Que perfil de profissionais vai a pessoa encontrar?** Se, num ginásio, todo o corpo de profissionais for constituído por gente nova, magra, vestida com roupas justas e pondo em destaque determinados tipos de corpo, é mais provável que o embaraço face ao próprio corpo surja.

Face ao exposto, parece fundamental que qualquer intervenção no âmbito da gestão do peso **dedique atenção a explorar as verdadeiras motivações da pessoa para perder peso, ajudando à desconstrução de expectativas irrealistas** (p.ex. perder muito peso num curto espaço de tempo, moldar o corpo de determinada forma) e ao que lhes poderá ter dado origem: a pressão social e os significados que são atribuídos ao corpo magro.

Será então relevante:

🔥 **Encontrar tempo nas avaliações iniciais para incluir perguntas acerca do que se espera conseguir com a perda de peso** e das razões para se querer emagrecer (pedir pelo menos 3... a primeira resposta é normalmente «vazia»... «pela minha saúde» etc., e pouco nos diz das verdadeiras razões). Isto ajudará ao desconstruir de «razões» que pouco ficam a dever ao peso.

🔥 **Discutir com a pessoa o que é «primário» e «secundário» à perda de peso.** Ter mais amigos, mais confiança em si, dependerão mesmo do número na balança? Assim parecem acreditar muitas pessoas em processos de gestão do peso. Sendo comuns expressões tipo «Tenho mesmo que perder peso, custe o que custar -, a minha felicidade e equilíbrio dependem disso» ou «Se eu nem o meu peso consigo controlar, como posso esperar evoluir no meu trabalho ou noutras áreas da minha vida?», tendo como denominador comum a atribuição à perda de peso de

um conjunto de «conquistas» que, não fosse o estigma e pressão social, pouco ou nada teriam que ver com o peso. De volta à pergunta inicial, estimular a reflexão: «*Porque quero realmente isto?*», «*Que significado tem para mim este comportamento/ conquista/ número na balança?*». Será que alguma vez já tentámos «despir» os nossos próprios objetivos e metas daquilo que é social, moda, pressão?

O mesmo pode ser aplicado aos comportamentos específicos de exercício e de alimentação. **É comum que a pessoa em processos de gestão do peso os instrumentalize. Isto é que os torne meros meios para atingir um fim: perder peso.** Isto é encorajado por muitos profissionais de saúde («*Tem que fazer exercício se quer perder peso; tem que mudar a sua forma de comer se quer perder peso*»). Por exemplo no campo do exercício, e conforme foi já exposto, **é altamente contraproducente centrar o exercício na aparência e perda de peso pois pode contribuir para o abandono precoce.**

Tanto o exercício e o comportamento alimentar podem ser promovidos como fins em si: pelo prazer que a prática pode representar, pelas sensações envolvidas, pela descoberta pessoal. Isto vai aumentar o potencial para a sua integração duradoura e criar as condições para que a pessoa possa realmente deles disfrutar. Por exemplo, é diferente acabar uma aula e pensar na alegria e energia que se sente ao invés de correr para a balança ou calcular calorias gastas. O mesmo com o procurar novos sabores e formas de cozinhar mais saudáveis ao invés de contar as calorias ingeridas.

Finalmente, os programas neste domínio devem incluir componentes dedicados a melhorar a relação com o corpo, principalmente na diminuição de um investimento excessivo na aparência física (com todo o peso psicológico que tal acarreta), o que permite trabalhar a questão fundamental da valorização pessoal, independentemente do peso ou da sua perda. Isto significa descentrar da forma corporal para centrar na «função» do corpo e das suas partes, valorizando-

-o por tudo o que ele permite vivenciar e sentir. Promover a importância de «Viver mais o corpo»:

♥ Em vez de o evitar, tentar alterar ou vestir de acordo com padrões e estereótipos sociais, trata-se simplesmente de **perceber de que forma o corpo e os comportamentos** por ele mediados (como se alimenta? como se movimenta o meu corpo?) **refletem a imagem daquilo que verdadeiramente se gosta** e que dá conforto, equilíbrio e paz interior. Para muitas pessoas (magras inclusive), pelo contrário, a vivência do corpo é fonte de alienação, preocupação ou algo com o que estão sempre «em guerra».

♥ Ajudar a pessoa a **questionar qual o corpo (e roupas, calçado, acessórios, maquilhagem) que melhor a traduzem enquanto pessoa** pode ser positivo. Por exemplo, se quer obter a cintura ou os peitorais X ou, pelo contrário, ser capazes de subir as escadas sem ter de ficar sem ar. Muitos seriam os exemplos possíveis com base nesta lógica.

Conclusão

Como conclusão, importa considerar que a intervenção com pessoas com excesso de peso - sejam amigas, pacientes, clientes nos mais variados contextos - tem que se libertar também ela de estereótipos e visões tradicionais. Visões que atribuam à insatisfação o motor da mudança, uma mudança potenciada à custa de esforço numa luta para recuperar dignidade e valor próprio. No fundo, engenhos criadores de pressões que hoje a investigação mostra serem contraproducentes, para além do curto-prazo. E a quem interessa o curto-prazo senão a uma indústria virada para o lucro imediato da compra irrefletida?

Aumentar o autoconhecimento e estimular a valorização pessoal a qualquer peso parecem ser vias fundamentais para a alteração comportamental sustentada. Alteração potenciada por um corpo que se pretende estimular a viver. Viver o corpo implica centrar-se naquilo que ele realmente permite experienciar, mas raramente ele é valorizado assim. Facilitar o processo de fazer «as pazes» com o corpo, tratando-o bem, comendo em consonância com reais necessidades, movendo-se e apreciando o movimento que o desenho corporal permite - e é tão grande o potencial de expressão aqui envolvido - parecem ser vias bem mais seguras quando o que está em causa é a gestão do peso.

Referências Bibliográficas

1. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obes.* 2009; 17:941–964
2. Robinson E, Boyland E, Christiansen P, et al. Stigmatization and obesity: unexpected consequences with public health relevance. *Int J Obes.* 2014; 38: 1481
3. Carels RA, Young KM, Wott CB, et al. Weight bias and weight loss treatment outcomes in treatment-seeking adults. *An Behav Med.* 2009; 37: 350–355.
4. Wott CB, Carels RA. Overt weight stigma, psychological distress and weight loss treatment outcomes. *J Health Psychol.* 2010; 15: 608–614.
5. Puhl R, Peterson J, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes.* 2013; 37: 623
6. Schwartz M, Chambliss J, Brownell K, et al. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obes Res.* 2003; 11:1033–1039
7. Guduzic K, Beach M, Rotter D, et al. Physicians build less rapport with obese patients. *Obes.* 2013; 21:2146–2152.
8. Puhl RM, Moss-Racusin C, Schwartz MB. Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional wellbeing. *Obes.* 2007; 15: 19–23.
9. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obes* 2010; 19: 1957–1962.
10. Vartanian L, Novak S. Internalized Societal Attitudes Moderate the Impact of Weight Stigma on Avoidance of Exercise. *Obes.* 2011; 757–762
11. Maclean L, Edwards N, Garrard M, et al. Obesity, stigma and public health planning. *Health Prom Int.* 2009; 24: 88–93
12. Major B, Jeffrey B, Bunyan D, et al. The ironic effects of weight stigma *J Exp Soc Psychol.* 2014; 51: 74–80
13. Schafer MH, Ferraro KF. The stigma of obesity: Does perceived weight discrimination affect identity and physical health? *Soc Psychol Quart.* 2011; 74:76–9
14. Muraven M, Baumeister RF. Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychol Bul.* 2000; 126: 247–259
15. Brown I, McClimens A. Ambivalence and obesity stigma in decisions about weight management: A qualitative study. *Health.* 2012; 4: 1562–1569
16. Schwartz M, Brownell K. Obesity and body image. *Body Image.* 2004; 1: 43–56
17. Schmader T, Johns M. Converging evidence that stereotype threat reduces working memory capacity. *J Pers Soc Psychol.* 2003; 85: 440–452.
18. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000; 55: 68–78.
19. Ng JYY, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, et al. Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Persp Psychol Sci.* 2012; 7: 325–340
20. Teixeira P, Carraça E, Markland D, et al. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *Int J Behav Nut Phys Act.* 2012; 9: 78.
21. Silva MN, Markland D, Carraça EV, et al. Exercise autonomous motivation predicts 3-yr weight loss in women. *Med Sci Sports Exerc.* 2011; 43: 728–37.
22. Teixeira PJ, Silva MN, Mata J, et al. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nut Phys Act.* 2012; 9:22
23. Carraça EV, Markland D, Silva MN, et al. Dysfunctional body investment versus body dissatisfaction: Relations with well-being and controlled motivations for obesity treatment. *Motiv Emot.* 2011; 35: 423–434.
24. Vansteenkiste M, Ryan RM. On Psychological Growth and Vulnerability: Basic Psychological Need Satisfaction and Need Frustration as a Unifying Principle. *J Psychol Int.* 2013; 23: 263–28
25. Verstuyf J, Patrick H, Vansteenkiste M, et al. Motivational dynamics of eating regulation: a self-determination theory perspective. *Int J Behav Nut Phys Act.* 2012; 9:21
26. Carraça EV, Silva MN, Teixeira, PJ. Body Image Investment and Self-regulation of Weight Control Behaviors. In *Handbook on Body Image: Gender Differences, Sociocultural Influences and Health Implications*. Leroy B. Sams and Janet A. Keels (Eds). Nova Publishers, 2013
27. Carraça EV, Silva MN, Coutinho SR, et al The Association between Physical Activity and Eating Self-Regulation in Overweight and Obese Women. *Obes Facts.* 2013. 6: 493–506.

FACILITAR A MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS EM SAÚDE: PRINCÍPIOS, RECURSOS E TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO

24 de Março de 2015, na Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa
Seminário dinamizado por dois dos mais reconhecidos investigadores mundiais na área da modificação comportamental em saúde



Susan Michie, PhD
Centre for Behaviour Change
University College of London
www.ucl.ac.uk/behaviour-change



Robert West, PhD
Institute of Epidemiology & Health
University College of London
www.rjwest.co.uk

Para mais informações, contacte:
email: pano@fmh.ulisboa.pt
tlm: +351966320670

Organização:

PANO 
Exercise and Health Laboratory
Faculty of Human Kinetics
University of Lisbon
fmh.ulisboa.pt/obesity
Physical Activity, Nutrition and Obesity