



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



**MODERADORES DO SUCESSO NO TRATAMENTO
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DA OBESIDADE:
ESTUDOS EM MULHERES PRÉ-MENOPÁUSICAS COM EXCESSO DE PESO E
OBESIDADE MODERADA**

Dissertação apresentada com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Exercício e Saúde

Orientador

Professor Doutor Pedro Jorge Amaral de Melo Teixeira

Júri

Presidente:

Professor Doutor Luís Fernando Cordeiro Bettencourt Sardinha

Vogais:

Professor Doutor António João Labisa da Silva Palmeira

Professor Doutor Pedro Jorge Amaral de Melo Teixeira

**RITA ANDREIA CARAPITO TOMÁS
2010**

**À memória de Alexandra Rodrigues,
a primeira “cara” do Programa PESO que conheci.**

AGRADECIMENTOS

Às participantes do Programa PESO, pelo seu empenho ao longo dos três anos do estudo.

À equipa de intervenção do Programa PESO, pelo seu competente trabalho e dedicação.

Ao Professor Pedro Teixeira, pela oportunidade de integrar a equipa do Programa PESO, pela sua paciente orientação ao longo dos anos e pelo seu exemplo de competência académica e científica.

Ao Professor Scott Going, pelos desafios que me colocou no último ano que permitiram evoluir o meu pensamento científico e pela sua motivação contagiante.

À Dra. Elsa Marques, pela sua compreensão em relação à minha vertente mais “académica” e pelo seu exemplo de profissionalismo que sigo com admiração.

Ao Joshua e Vinson, pelo encorajamento que me transmitiram ao longo dos últimos meses e por me lembrarem que a persistência é um dos ingredientes do sucesso.

Aos meus pais, irmão e Miguel, pelo seu apoio incondicional em todos os meus projectos e realizações.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL	1
ÍNDICE DE TABELAS	3
ÍNDICE DE FIGURAS	4
INTRODUÇÃO.....	5
Obesidade, um problema de saúde pública.....	5
Variabilidade na resposta aos tratamentos	6
REVISÃO DA LITERATURA	9
Preditores de sucesso no controlo do peso.....	9
Evidência actual sobre preditores de sucesso no controlo do peso.....	11
Tentativas anteriores de perda de peso.....	14
Auto-eficácia	17
Variáveis relacionadas com o exercício	18
Variáveis relacionadas com o comportamento alimentar	18
Expectativas e avaliação de resultados	19
Auto-motivação e autonomia	21
Locus de controlo	22
Imagem corporal e auto-estima	23
Qualidade de vida.....	26
Ansiedade e depressão	26
Estudo de preditores do controlo do peso em Portugal.....	27
Sumário	29
METODOLOGIA.....	31
Desenho experimental do Programa P.E.S.O.	31
Amostra.....	32
Descrição da intervenção	33
Instrumentos de avaliação.....	35
Composição corporal	36
Avaliação psicológica	36
1) Questionários relacionados com o historial de tentativas de perda de peso	37
2) Questionários relacionados com o exercício	37
3) Questionários relacionados com o comportamento alimentar	38
4) Questionários relacionados com expectativas e motivação.....	40
5) Questionários relacionados com o auto-conceito e imagem corporal	43
6) Questionários relacionados com a qualidade de vida e bem-estar.....	45
7) Questionários relacionados com a saúde mental	45
Análise Estatística.....	46
RESULTADOS	51
Caracterização da amostra	51
Efeitos do tratamento	53
Preditores da perda de peso	54
Correlações bivariadas aos 12 meses	54
Correlações bivariadas aos 36 meses	57
Análises de regressão múltipla.....	60
Preditores de atrito	62
Comparação entre finalistas e desistentes (teste t).....	62
Regressão Logística	66
DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	68

Preditores de sucesso no grupo de intervenção aos 12 meses	68
Preditores de sucesso no grupo de controlo aos 12 meses.....	70
Preditores de sucesso no grupo de intervenção aos 36 meses	71
Preditores de sucesso no grupo de controlo aos 36 meses.....	74
Preditores de atrito	75
Sumário	78
CONCLUSÃO FINAL	83
Implicações futuras	84
REFERÊNCIAS	87
ANEXOS	97

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I – Preditores positivos e negativos da perda de peso	12
Tabela II - Perfil de sucesso na manutenção do peso perdido.....	13
Tabela III – Perfil de insucesso na manutenção do peso perdido.....	14
Tabela IV – Preditores e não-preditores do controlo do peso	15
Tabela V – Caracterização da amostra (variáveis contínuas).....	51
Tabela VI – Caracterização da amostra (variáveis categóricas).....	52
Tabela VII – Correlações bivariadas entre a mudança do peso aos 12 meses e variáveis psicossociais para o grupo de intervenção	55
Tabela VIII – Correlações bivariadas entre a mudança do peso aos 12 meses e variáveis psicossociais para o grupo de controlo.....	56
Tabela IX – Correlações bivariadas entre mudança do peso aos 36 meses e variáveis psicossociais para o grupo de intervenção	58
Tabela X – Correlações bivariadas entre mudança do peso aos 36 meses e variáveis psicossociais para o grupo de controlo.....	59
Tabela XI – Modelo preditivo da perda de peso aos 12 e 36 meses no grupo de intervenção....	60
Tabela XII – Modelo preditivo da perda de peso aos 12 e 36 meses no grupo de controlo.....	61
Tabela XIII – Modelo preditivo da perda de peso aos 12 e 36 meses para amostra total	62
Tabela XIV – Comparação entre o grupo de finalistas e não finalistas aos 12 e 36 meses para o grupo de intervenção	63
Tabela XV – Comparação entre o grupo de finalistas e não finalistas aos 12 e 36 meses para o grupo de controlo	64
Tabela XVI – Comparação entre o grupo de finalistas e não finalistas aos 12 e 36 meses para a amostra total	65
Tabela XVII – Resumos dos preditores de mudança de peso e atrito o grupo de intervenção e controlo	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Cronograma do estudo	31
Figura 2 – Conteúdos do programa do grupo de intervenção.....	34
Figura 3 – Diagrama de participação no estudo	52
Figura 4 – Mudança do peso aos 12 e 36 meses por grupo.....	53

INTRODUÇÃO

Obesidade, um problema de saúde pública

A obesidade é considerada actualmente um grave problema de saúde pública a nível mundial e sinónimo de morbilidade e mortalidade aumentada (1). A Organização Mundial de Saúde estima que, em 2015, cerca de 2,3 biliões de adultos irão ter um peso considerado excessivo e 700 milhões terão obesidade (2). Em Portugal, a prevalência do excesso ponderal assume valores preocupantes, semelhantes a outros países industrializados. Segundo um estudo recente, mais de metade da população adulta portuguesa tem excesso de peso (53,6%), dos quais 14,2% têm um índice de massa corporal (IMC) correspondente à categoria de obesidade (3).

A obesidade tem sido associada a um risco aumentado de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, cancro da mama e cólon e com mortalidade precoce (4-6). No entanto, pequenas perdas de peso (5-10%) parecem estar associadas a benefícios significativos para a saúde (6-13), pelo que é fundamental desenvolver estratégias que permitem perda e manutenção do peso. As abordagens classicamente utilizadas são a restrição calórica e o aumento do dispêndio energético através da actividade física. No entanto, a adopção permanente destas directrizes nem sempre é simples, já que implica profundas mudanças de comportamentos e atitudes. Nesse sentido, nas últimas décadas, têm sido introduzidas intervenções técnicas, que visam facilitar a adesão à dieta hipocalórica, a um programa de exercício e a um estilo de vida mais activo. O conjunto dessas estratégias deu origem ao que actualmente se denomina tratamento cognitivo-comportamental (14). A introdução deste conceito aumentou consideravelmente o sucesso das intervenções mas os resultados permanecem insuficientes e heterogéneos. Estima-se que os participantes em programas comportamentais percam em média 10% do seu peso em intervenções de seis meses (15-17). Apesar de ser um resultado interessante e conducente a melhorias nos factores de risco cardio-metabólicos, esta perda é por vezes apenas transitória. Após o final das intervenções é frequente o ganho de peso, chegando-se a atingir os níveis anteriores ao início do tratamento (18). Uma perda intencional de, pelo menos 10% do peso corporal sustida por pelo menos 12 meses, só é atingida por um quinto das pessoas (19). O conhecimento sobre a manutenção do peso perdido a longo prazo (mais de um ano) é mais limitado. Uma

meta-análise com 29 intervenções baseadas em restrição calórica calculou uma perda média de 3% do peso corporal cinco anos após o final do programa (20). Kramer e colaboradores avaliaram os participantes de um programa quatro anos, após uma intervenção de 14 semanas, e apenas 3% tinham conseguido manter a perda de peso (21). No *Diabetes Prevention Program*, embora a perda de peso após a intervenção comportamental de seis meses tenha sido de 7%, passados três anos a perda média foi de apenas 4% (9). Após seis meses de seguimento, os participantes ainda mantinham uma perda de peso sobreponível ao final da intervenção (7,1 kg) mas, aos 30 meses, a média de peso perdido era somente de 4,4 kg (22). Um trabalho recente de Kraschnewski e colaboradores com o cohort *National Health and Nutrition Examination Survey* encontrou uma prevalência de 17% na manutenção de uma perda de peso de 10% mantida durante, pelo menos um ano, em pessoas com excesso de peso (23).

Variabilidade na resposta aos tratamentos

Apesar dos resultados globalmente negativos das intervenções, existe uma minoria de indivíduos que consegue perder peso e manter esse peso perdido. Para um pequeno grupo de pessoas com excesso de peso, as intervenções levam a uma perda ponderal e conseguem influenciar a longo prazo os comportamentos associadas à manutenção do peso. Sendo a obesidade uma entidade clínica altamente complexa, com interacção de factores individuais (genéticos, psicológicos e comportamentais) e factores ambientais seria improvável que um único protocolo estandardizado fosse eficaz para todo o tipo de indivíduos com excesso de peso (24).

Esta grande variabilidade de resposta ao tratamento tem interessado os investigadores há várias décadas. Nos anos 70, Mahoney afirmava que “exploração da variabilidade e separação das variáveis preditoras de sucesso é um desafio contemporâneo na investigação da obesidade” (25). Esse desafio continua actual, pois ainda hoje está por caracterizar de forma detalhada o perfil do participante de sucesso, que não abandona a intervenção e mantém, a longo prazo, o peso que perdeu. O estudo das variáveis preditoras permite determinar as características associadas a uma maior probabilidade de adoptar e manter as atitudes e comportamentos associados à perda e manutenção do peso e antever resultados, a curto e longo prazo, em programas de controlo do peso (26).

Sabendo as características iniciais do participante, pode-se então prever a sua resposta a um dado tratamento. Este conhecimento prévio seria útil para aconselhar ou desaconselhar uma intervenção a um doente com um dado perfil.

As variáveis preditoras podem ser características demográficas (idade, sexo), psicológicas, comportamentais, sociais, história do peso e tentativas anteriores de perda de peso, expectativas de resultados da intervenção, saúde mental, etc. As variáveis psicológicas (cognitivas, atitudinais, afectivas) em relação à actividade física, comportamento alimentar, peso e imagem corporal têm sido estudadas com grande interesse, pois parecem estar relacionadas com os mecanismos críticos de mudança e adopção de comportamentos essenciais para manutenção do peso a longo prazo (27). Os “marcadores de sucesso” podem ser variáveis avaliadas no pré-tratamento, após o tratamento, durante a intervenção (mudança) ou de forma retrospectiva. As variáveis pré-tratamento são de particular interesse uma vez que permitem potencialmente direccionar o doente para a intervenção mais eficaz para o seu perfil (28). A criação de programas de intervenção que sejam adequados às necessidades e características individuais, são as orientações actuais de algumas instituições governamentais (29). A ideia que uma dada intervenção pode ajudar qualquer indivíduo, deve ser abandonada e um novo conceito de programa mais individualizado deve ser adoptado.

Actualmente, consideram-se preditores consistentes do controlo do peso um menor número de tentativas anteriores de perda de peso, maior auto-eficácia e auto-motivação (30). No entanto, estudos mais actuais evidenciaram outros potenciais preditores como: a saúde mental (31-34), objectivos de perda de peso (35-37), *locus* de controlo (38), satisfação com a imagem corporal (39) e auto-estima (31,40). Outros trabalhos confirmaram o que já era conhecido sobre algumas variáveis com o número de dietas anteriores (41,42) ou auto-eficácia (43). No entanto, a maioria destas análises referem-se ao sucesso imediatamente a seguir ao final da intervenção ou com um período muito limitado de seguimento. É necessário também conhecer quais as variáveis que podem moderar a perda continuada de perda de peso e/ou a manutenção do peso perdido. As variáveis já identificadas devem ser testadas em outras amostras, com diferentes tipos de intervenção e contextos culturais. Nesse sentido, têm sido conduzidos alguns estudos em Portugal versando este assunto, mas a evidência é ainda muito reduzida e limitada ao sucesso a curto prazo.

O objectivo deste estudo exploratório é identificar variáveis predictoras de sucesso no controlo do peso a curto e longo prazo em mulheres pré-menopáusicas com excesso de peso e obesidade numa intervenção comportamental. Os objectivos específicos são: identificar variáveis psicossociais pré-tratamento que se associem com a perda de peso avaliada no final da intervenção (12 meses) e no final do período de seguimento (36 meses); identificar variáveis psicossociais pré-tratamento que se associem com atrito durante intervenção aos 12 e 36 meses; e criar um perfil de sucesso psicossocial para a perda de peso a curto e longo prazo. Espera-se que os resultados deste trabalho contribuam para a evidência sobre preditores de sucesso no controlo do peso a curto e longo prazo. Adicionalmente, este estudo pode contribuir com informação útil para melhoria da eficácia de programas comportamentais para o tratamento da obesidade, privilegiando a participação de pessoas com um perfil de sucesso e adequando as intervenções às necessidades dos participantes.

REVISÃO DA LITERATURA

Preditores de sucesso no controlo do peso

O estudo das variáveis preditores de sucesso no tratamento da obesidade é uma das linhas de investigação mais prementes na área do controlo do peso (44). A predição de resultados em programa de controlo de peso seria altamente benéfica para todos os intervenientes no processo de controlo do peso, tendo vários aspectos promissores. Ao privilegiar a participação de indivíduos com o perfil de sucesso, poder-se-ia aumentar a eficácia dos programas de intervenção. (30). Tendo em conta que os recursos para o tratamento da obesidade são muito limitados, o emparelhamento de cada indivíduo com o tipo de tratamento mais adequado para as suas necessidades e com probabilidade de sucesso, permite uma gestão mais criteriosa (45,46). Conhecendo as características individuais ligadas ao insucesso, seria possível adequar os recursos às necessidades particulares de cada doente, trabalhando aspectos mais “prejudiciais” para a perda de peso antes de iniciar um programa mais convencional (28,47). Os indivíduos com perfil de risco (com grande probabilidade de não atingirem os objectivos do programa ou de desistirem) podem ser encaminhados para uma abordagem mais adequada às suas características ou aconselhados a adiar o tratamento, evitando assim a frustração inerente ao insucesso (30,48,49). Um outro aspecto que tem vindo a ser referido como importante, é a criação de instrumentos de avaliação do grau de prontidão para a perda de peso. Este questionário poderia ser aplicado a pessoas que querem iniciar um programa de controlo do peso e avaliaria a “capacidade real” de perda de peso naquele tipo de intervenção (45,48). Adicionalmente, esta linha de investigação possibilita a definição de um perfil de resistência à perda de peso (fisiológico, psicológico ou comportamental) e compreender melhor as causas de perpetuação da obesidade na sociedade.

No estudo de preditores de sucesso é de interesse definir os conceitos de variáveis moderadores e mediadoras. Um moderador é uma variável quantitativa ou qualitativa que afecta a direcção e força de relação entre uma variável independente/preditor e a variável dependente/critério (50). No estudo da obesidade, um moderador é uma variável que representa características individuais presentes antes da intervenção e que se correlaciona com a medida de sucesso. Esta variável permite identificar subgrupos de

indivíduos sobre os quais a intervenção vai ter efeitos distintos, definindo quem pode beneficiar mais com o tratamento (51,52). A variável critério é uma variável associada com o sucesso na intervenção, ou seja a perda de peso (variável contínua) ou perda de peso superior/inferior a 5% ou 10% (variável dicotômica). Uma outra categoria de “sucesso” poderá ser a conclusão da intervenção. A variável moderadora tem que ser uma característica individual inicial, avaliada previamente à aleatorização (não relacionada com o tipo tratamento), mas que se relaciona com o sucesso da intervenção. Apesar de não explicar como o tratamento funciona, permite identificar as diferenças individuais que influenciam a resposta ao tratamento (51). Os moderadores do tratamento identificam para quem e em que circunstâncias os tratamentos funcionam (51). Esta informação é relevante na decisão de qual o tipo de tratamento a fazer num determinado paciente. O estudo destas variáveis, com o intuito de melhorar a eficácia do tratamento clínico, não é exclusivo do tratamento da obesidade. Nos anos 90, um ensaio clínico multi-cêntrico estudou as interações entre as modalidades de tratamento do alcoolismo e aspectos individuais potencialmente moderadores (53).

Este “encaixe” entre doente e tratamento já foi também identificado como prioritário para o controlo das proporções epidémicas da obesidade (46). É inclusivamente um dos três critérios sugeridos para avaliar a qualidade dos programas de controlo do peso sugeridos pelo *Institute of Medicine* (29). Uma intervenção que tem em conta as particularidades dos seus participantes, adequando o seu programa aos mesmos, terá melhor hipótes de ser bem sucedida. Algumas pessoas podem responder melhor a uma intervenção farmacológica, enquanto para outros será mais adequada uma intervenção mais dirigida a factores psicológicos ou o tratamento cirúrgico. Julga-se, no entanto, que a importância de factores comportamentais é transversal a qualquer tipo de intervenção, devendo sempre ser considerados (19,28).

Um mediador é uma variável que explica a relação entre o preditor e a variável critério e explica como eventos externos (físicos) têm significância interna (psicológica) (50). Na área do sucesso no tratamento da obesidade, identifica os mecanismos através dos quais o tratamento faz efeito e relaciona o tipo de tratamento com os resultados obtidos (51). A variável mediadora permite identificar os possíveis mecanismos da relação causal entre o tratamento e os resultados. O mediador correlaciona-se quer com o tratamento, quer com a medida de sucesso. É a interacção do tratamento com mediador que explica

os resultados finais. Sem a influência do mediador, a intervenção não surtiria efeito na variável de sucesso.

Evidência actual sobre preditores de sucesso no controlo do peso

Nas últimas décadas tem sido possível assistir à publicação de vários trabalhos sobre preditores de sucesso, tendo-se iniciado com a revisão pioneira de Weiss (47) . Weiss, procurando perceber a razão da grande variabilidade de repostas ao tratamento da obesidade, avaliou características demográficas, da personalidade, da história do peso e estilo de “auto-reforçamento”. O grupo de variáveis mais promissoras foi o estilo de “auto-reforçamento”, uma das dimensões do auto-controlo. Os indivíduos que mais frequentemente usavam o *feedback* positivo pareciam ter mais sucesso. Outras variáveis identificadas, mas de forma não consistente, foram um *locus* de controlo mais interno e menor número de tentativas prévias de perda de peso. O autor sugeriu que indivíduos com o *locus* de controlo mais externo talvez pudessem beneficiar de um tratamento mais controlado por um profissional de saúde ou fossem, em alternativa, direccionados para intervenção comportamental antes de iniciar um programa convencional de controlo do peso (47).

Mais tarde, outros artigos de síntese reuniram a evidência disponível (54-56). Em 1995, reconhecendo a importância deste tema, o *Institute of Medicine* publicou um relatório onde identificaram os preditores positivos e negativos da perda de peso (29). A auto-eficácia e o peso inicial foram as únicas variáveis inerentes ao próprio indivíduo que se relacionaram com o sucesso. Um maior número de dietas prévias e uma maior percepção de stress afectaram de forma negativa os resultados das intervenções. Outras variáveis biológicas e relacionadas com a intervenção também foram identificadas (Tabela I).

Tabela I – Preditores positivos e negativos da perda de peso

Preditores positivos
<i>Preditores pessoais</i>
Maior peso e índice de massa corporal inicial
Maior taxa de metabolismo basal
Maior percepção de auto-eficácia
<i>Factores relacionados com o programa de perda do peso</i>
Frequência do programa
Perda do peso no início no programa
<i>Factores relacionados com o tratamento</i>
Maior duração da intervenção
Ter apoio social
Iniciar actividade física
Adesão a técnicas para modificação de comportamentos
Auto-monitorização, estabelecer metas, comer mais devagar
Preditores negativos
Tentativas repetidas de perda do peso
Maior percepção de vivência de stress
Não preditores
Gordural corporal, distribuição da gordura corporal, composição corporal
Resultados de teste de personalidade/psicopatologia
Restrição alimentar
Voracidade alimentar

Adaptado de Institute of Medicine, 1995 (29)

Elfhag e Rossner, após reverem 57 artigos publicados entre 1980 e 2004, tentaram definir um perfil de sucesso e insucesso para manutenção de peso perdido (manutenção de perda de peso após uma intervenção no mínimo durante seis meses). Chegaram a um modelo hipotético que está descrito nas Tabelas II e III. Os indivíduos com hábitos de auto-monitorização do peso e da ingestão alimentar, com maior auto-eficácia e autonomia e que lidam melhor com recaídas na dieta parecem ter um maior probabilidade de manter o peso perdido (28).

Tabela II - Perfil de sucesso na manutenção do peso perdido

Manutenção do peso
Atingir os objectivos de perda do peso
Maior perda do peso inicial
Estilo de vida activo
Refeições regulares
Tomar pequeno-almoço
Menor ingestão de gordura, mais alimentos saudáveis
Ingestão menos frequente de "snacks"
Controlo flexível sobre alimentação
Auto-monitorização
Capacidade de "coping"
Capacidade de gerir "impulso" por comida
Auto-eficácia
Autonomia
Narcisismo saudável
Motivação para perda de peso: "ter mais confiança"
Vida estável
Capacidade para relacionamentos próximos

Adaptado de Elfhag & Rossner, 2005 (28)

O trabalho de revisão mais recente é de Teixeira e colaboradores (30). Foi feita uma revisão de artigos publicados, entre 1995 e 2004, sobre intervenções que incluíssem um componente comportamental. Os preditores estudados foram de natureza psicossocial, avaliados antes de iniciar o tratamento e associados ao controlo do peso (perda e/ou manutenção). Menos anteriores tentativas de perda de peso, maior auto-eficácia, auto-motivação e autonomia foram associadas de forma consistente a um melhor controlo do peso. Existe alguma evidência de que, uma maior auto-eficácia e menos barreiras para o exercício e melhor qualidade de vida, se associam de forma positiva com a perda de peso, mas o número de estudos é ainda muito limitado. Algumas variáveis emergiram como não predictoras, como a alimentação emocional, desinibição alimentar, restrição alimentar e saúde psicológica/mental. Para outras variáveis a evidência existente revelou-se, à data da revisão, escassa ou divergente. Os resultados desta revisão encontram-se resumidos no Tabela IV (30).

Tabela III – Perfil de insucesso na manutenção do peso perdido

Ganho do peso
Atribuição do excesso de peso a razões médicas
Percepção de barreiras para comportamentos ligado à perda do peso
Antecedentes de flutuação do peso (" <i>weight cycling</i> ")
Estilo de vida sedentário
Desinibição alimentar
Ter mais fome
Voracidade alimentar
Alimentação emocional (em resposta a stress e emoções negativas)
Factores desencadeantes de stress psicossocial
Falta de apoio social
Reacção mais passiva perante os problemas
Piores estratégias de " <i>coping</i> "
Falta de auto-confiança
Psicopatologia
Motivação para perda de peso: "razões médicas", "outras pessoas"
Pensamento dicotómico

Adaptado de Elfhag & Rossner, 2005(28)

Tentativas anteriores de perda de peso

Esta variável tem sido identificada de forma sucessiva nas diferentes revisões (29,30,47). O antecedente pessoal de várias tentativas de perda de peso correlaciona-se de forma negativa com a perda de peso. Nos diferentes modelos encontrados pela revisão de Teixeira e colaboradores, esta variável explicou entre 6 a 21% da variância do peso perdido (30). Apesar de esta variável não ser *per se* uma característica psicossocial, ela pode reflectir um determinado “perfil” de resistência individual à perda de peso. Este perfil pode estar relacionado com factores ambientais, fisiológicos e psicológicos ou da interacção entre eles (29). O número de dietas no ano anterior antes do início de um programa de controlo do peso foi associada a uma pior qualidade de vida e maior preocupação com a figura corporal, mesmo controlado para o índice de massa corporal (IMC) inicial (57). Para certas pessoas, os programas de estudos experimentais são muitas vezes o “fim da linha”, para quem já experimentou um pouco de tudo para perder peso. As amostras de estudos científicos são de certa forma enviesadas, uma vez que os seus participantes são uma selecção daqueles que têm maior

dificuldade em ser bem sucedidos no controlo do seu peso e por isso têm um historial prévio de várias tentativas.

Tabela IV – Preditores e não-preditores do controlo do peso

	Preditores	Não-preditores
Evidência consistente	Menos dietas prévias, menos tentativas de perda de peso Auto-motivação, auto-eficácia geral, autonomia	Alimentação emocional/voracidade Depressão, psicopatologia, humor Desinibição alimentar, alimentação externa Restrição cognitiva (alimentação), dietas “crónicas” Percepção de fome
Evidência contraditória	Índice massa corporal inicial/peso Imagem corporal, insatisfação como tamanho Auto-estima Auto-eficácia na alimentação Objectivos realistas de perda do peso/expectativas Locus de controlo interno	Personalidade, estilo “cognitivo” Percepção suporte social
Evidência sugestiva	Auto-eficácia exercício Menor percepção de barreiras para o exercício Qualidade de vida (específica da obesidade) Percepção de apoio (social) autónomo Ausência de comportamento bulímico Medidas “cognitivas” nas falhas	Menor percepção de stress, ansiedade Suporte social para o exercício Desempenho cognitivo Qualidade de vida (geral)

Adaptado de Teixeira, Going, Sardinha & Lohman, 2005 (30)

Artigos recentemente publicados encontraram associação entre o número de tentativas anteriores de perda de peso e o sucesso na intervenção (41,42,48,49,58-61). Quatro ou mais tentativas de perda de peso no último ano parecem ser um valor de corte para prever o insucesso num programa de controlo do peso (30). Num programa de intervenção comportamental com quatro meses de duração e um ano de seguimento, entre as mulheres que reportaram inicialmente mais do que quatro tentativas no ano anterior, menos de metade completaram o programa. Dentro deste grupo de participantes, apenas 15% perderam 5% ou mais do seu peso corporal aos 16 meses (59). Em outra intervenção comportamental, num grupo seleccionado de participantes (sem insatisfação com a sua figura corporal), a história de várias tentativas prévias de perda de peso diminuiu as hipóteses de sucesso no programa (reduzir o IMC em duas unidades) em 28% (49).

Em análises de sobrevivência, Bautista-Castaño e colaboradores encontraram que o antecedente de ter tentado uma dieta anteriormente diminuía a probabilidade de completar com sucesso um programa de controlo do peso (41). Dados de um estudo com uma amostra portuguesa indicaram que um menor número de tentativas de perda de peso, juntamente com maiores níveis de auto-motivação e imagem corporal, estava associado positivamente com a perda de peso no final de quatro meses de intervenção comportamental (48). Esta amostra foi posteriormente seguida durante 12 meses e um início mais precoce de tentativas de dieta foi preditor de desistência aos 16 meses (62). É expectável que iniciar mais precocemente tentativas de perda de peso se traduza no futuro em um maior número absoluto de tentativas. Nessa mesma amostra, o número de dietas do ano anterior correlacionou-se com a idade de início de dietas (57). Esta relação não é surpreendente e é em parte explicada pela elevada prevalência das tentativas de perda de peso. Estima-se que entre 61-75% das mulheres já tentaram perder peso em algum momento da sua vida (63,64) e entre 26-44% estão actualmente a tentar fazê-lo (63,65).

Em estudos epidemiológicos, uma história prévia de tentativas ou uma tentativa actual de perda peso associou-se a um aumento de peso durante o período de seguimento (66,67). Num período de seguimento de dois anos, as mulheres com tentativas anteriores, ganharam mais 0,8 kg em comparação com as que nunca tinham tentado perder peso (66). Em outro trabalho, mulheres entre os 30 e 54 anos de idade que estavam a tentar perder peso, tiveram um risco 2,5 vezes superior de aumentar o seu peso durante os 6 anos de seguimento, em comparação com as mulheres que não estavam a tentar perder peso. No mesmo trabalho, aos 15 anos de seguimento, quase um quarto das mulheres inicialmente em dieta tinham ganho mais de 10 kg, em comparação com apenas 13% das mulheres que não estavam a fazer dieta no início do seguimento (67).

Pode afirmar-se que o número de tentativas prévias de perda de peso é um dos preditores mais consistentes no sucesso do tratamento comportamental da obesidade, relacionando-se de forma negativa com o peso perdido. Esta associação pode ser justificada por um conjunto de características (genéticas, psicológicas, fisiológicas) do sujeito que condiciona uma resistência ao processo de perda de peso e um ciclo vicioso de sucessivos fracassos e tentativas.

Auto-eficácia

A auto-eficácia define-se como a crença que um indivíduo tem na sua capacidade ou competência para desempenhar com sucesso tarefas que lhe são apresentadas (68). Este construto tem sido associado à adopção de comportamentos ligados à saúde e parece ser importante no processo de mudança comportamental (69). A auto-eficácia pode referir-se a dimensões mais gerais ou específicas de um comportamento em particular (alimentação ou exercício). Tem sido debatido qual será a dimensão mais importante no contexto dos preditores de perda de peso. Contrariamente ao esperado, medidas mais gerais têm apresentado melhor valor preditivo em comparação com medidas mais específicas (auto-eficácia para o controlo do peso, alimentação ou exercício). Este aspecto pode estar relacionado com o facto de os comportamentos relacionados como controlo do peso serem bastante complexos e completamente avaliados pelas medidas mais específicas actualmente disponíveis (30). Vários trabalhos relacionaram uma maior perda de peso com uma maior auto-eficácia geral (24,70-73) e outros com auto-eficácia específica para alimentação e/ou exercício (43,58,59,74-76).

O trabalho de Linde e colaboradores encontrou uma relação entre auto-eficácia ligada ao exercício, dieta e comportamentos de monitorização que parecia mediar a perda de peso durante o período da intervenção. Uma maior auto-eficácia levaria à adopção de comportamentos de auto-monitorização, que por sua vez estariam associados a uma maior perda de peso (43). Esta linha de resultados reforça o papel desta variável como mediadora e não tanto como moderadora, como evidenciado em vários estudos (27,76-78). Num estudo feito em Portugal, a mudança nos níveis de auto-eficácia durante os quatro meses de intervenção explicaram cerca de 20% da variabilidade na mudança do peso (76). Os programas com intervenção comportamental são desenhados para promover a auto-eficácia dos participantes, o que pode reduzir a capacidade preditiva do seu valor pré-tratamento (30). As duas revisões mais recentes sobre preditores encontraram evidência consistente da relação da auto-eficácia com perda de peso (29,30).

Variáveis relacionadas com o exercício

É reconhecido o papel do exercício para o sucesso do controlo peso (79). São actualmente recomendados 200 a 300 minutos de actividade física moderada a vigorosa por semana para manutenção do peso perdido (80). No *National Weight Control Registry*, uma base de dados americana de indivíduos com sucesso na manutenção de perda de peso a longo de pelo menos um ano, elevados níveis de actividade física foi o denominador comum aos casos de sucesso (19). Apesar da importância do exercício, os seus aspectos mais psicológicos no contexto do sucesso dos programas de controlo do peso têm sido pouco estudados. A auto-eficácia (81), percepção de barreiras (82) e suporte social (83) para o exercício foram estudados por Teixeira e colaboradores. Num estudo desenvolvido numa universidade americana, uma maior auto-eficácia e uma menor percepção de barreiras para o exercício correlacionaram com uma maior perda de peso após uma intervenção de quatro meses e nos 12 meses seguintes (58,59). Estes resultados não foram, no entanto, replicados aos 4 e 16 meses numa intervenção semelhante com mulheres portuguesas pré-menopáusicas (48,61).

Ser fisicamente activo parece ser um dos aspectos críticos no controlo do peso a longo prazo. A adopção de um estilo de vida mais activo (28) e actividade física regular (19) têm sido associados a uma manutenção do peso perdido. Existe a evidência que maiores níveis de exercício, mesmo com alguns períodos de interrupção, são preditores de uma maior perda de peso (84,85).

Tendo em consideração que estas variáveis estão fortemente associadas a uma maior adesão a programas de exercício em amostras sem excesso de peso (86,87), poderão ter também interesse na predição de adesão a comportamentos conducentes a perda de peso. No entanto, são necessários mais estudos para confirmar a importância destas variáveis como moderadoras de sucesso no controlo do peso.

Variáveis relacionadas com o comportamento alimentar

Apesar das variáveis relacionadas com o comportamento alimentar terem sido amplamente estudadas como potenciais moderadoras de sucesso, a evidência disponível não mostra associação entre os valores de iniciais da Escala de Voracidade Alimentar (88) e do Inventário do Comportamento Alimentar (89) e o sucesso. Estes achados são

algo inesperados, dada a importância que as alterações do comportamento alimentar têm na perpetuação da obesidade. As duas revisões mais recentes sobre preditores de sucesso no controlo do peso colocam a voracidade alimentar e alimentação emocional na categoria de não-preditores, isto é, com evidência suficiente de uma “não-associação” (29,30). A revisão de Teixeira e colaboradores identificou 19 modelos de predição de sucesso usando variáveis relacionadas com a voracidade alimentar e alimentação emocional (30). Apenas quatro tiveram significância estatística. Em dois casos, maiores níveis de alimentação emocional/voracidade associaram-se a uma maior perda de peso (90,91) e em outros dois estudos a um menor sucesso e desistência precoce (92,93). Um estudo mais recente associou uma maior perda de peso nos participantes com menores valores na Escala de Voracidade Alimentar num programa de 12 meses para perda de peso (94). Mas a maioria dos estudos não encontram qualquer relação entre a desinibição alimentar/alimentação externa e a perda de peso. Este resultado é também surpreendente, tendo em conta que a desinibição alimentar é reconhecida por ter um impacto negativo no controlo do peso (93). No entanto, dois trabalhos reportam uma associação negativa da desinibição alimentar com o sucesso na intervenção (92) e um outro estudo encontrou uma relação positiva (60). Apenas um trabalho avaliou a relação do comportamento bulímico com a perda de peso numa intervenção comportamental para a perda de peso (95). Traverso identificou uma associação positiva entre a perda de peso e a subescala de bulimia do Inventário de Alterações do Comportamento Alimentar (96). Uma maior insatisfação corporal e menor auto-estima são correlatos do comportamento bulímico e também elas já foram associadas ao insucesso em programa para perda e manutenção de peso (97).

Uma explicação possível para a escassez de resultados na associação das características iniciais do comportamento alimentar com a perda de peso é o impacto das intervenções. Estes conteúdos (alterações do comportamento alimentar) são invariavelmente abordados nas intervenções comportamentais. Assim, os programas têm um “efeito” equalizador, diminuindo o poder preditivo das características no pré-tratamento (30).

Expectativas e avaliação de resultados

Expectativas muito optimistas são habituais ao ingressar num programa de controlo do peso. Quando questionados, os participantes (de diferentes intervenções) afirmaram que

tinham por objectivos perder entre 21-42% do peso (35,98-100). Estes valores vão muito além do que as intervenções conseguem “produzir”, mesmo considerando os casos de maior sucesso. Apenas uma minoria acaba por atingir estes objectivos. O habitual é a perda de peso situar-se em cerca de um terço dos objectivos iniciais (99). O papel das expectativas de resultados (realistas/irrealistas) antes de iniciar um programa de perda de peso tem sido questionado. Os resultados dos estudos têm sido algo discrepantes (30). Alguns investigadores associaram expectativas muito optimistas a uma menor perda de peso (58,59), enquanto outros encontraram que maiores expectativas iniciais eram conducentes a uma maior perda de peso (35,37,48,62,70,72,73). Alguns trabalhos não encontraram evidência de qualquer associação (99,100). Um estudo americano referiu que objectivos mais modestos foram associados a maior sucesso após os quatro meses de programa de intervenção e nos doze meses de seguimento (58,59). No entanto, num programa com um protocolo semelhante realizado em Portugal, expectativas mais positivas foram preditoras de sucesso, aos quatro e 16 meses (48,62). Este resultado mais divergente pode ser devido ao facto de as expectativas “mais exigentes” das mulheres portuguesas (10-15%) serem, no cômputo geral menos rigorosas em comparação com as mulheres da outra amostra. Em alguns estudos, expectativas mais elevadas foram preditoras de atrito em programa de controlo do peso (36,58,101,102).

Expectativas excessivamente exigentes e desajustadas são a norma entre os indivíduos que procuram perder peso, mas estas podem ser deletérias, aumentando a probabilidade de insucesso e frustração. Uma sensação de ineficácia e incompetência pode-se instalar perpetuando a obesidade. Os participantes que conseguem atingir os seus objectivos (de perda de peso) têm uma maior probabilidade de manter a sua perda de peso a longo prazo (100,103). Em estudos retrospectivos verificou-se que expectativas mais exigentes estavam associadas a uma pior manutenção do peso (104-106). Provencher e colaboradores encontram um melhor perfil psicológico e comportamentos alimentares mais saudáveis nas mulheres com expectativas mais realistas (107), o que pode explicar um maior sucesso no controlo do peso nestas participantes. Os resultados discrepantes podem também dever-se aos instrumentos utilizados. É normalmente utilizado o questionário de objectivos e peso relativo de Foster e colaboradores (98). Antes do início da intervenção são feitas quatro questões: qual seria o seu peso a) “de sonho” b) “com que se sentiria feliz” c) “aceitável” e d) “com o qual se sentiria “desiludido” após

o final da intervenção”. Adicionalmente podem ainda ser feitas perguntas como “Qual é o peso que gostaria ter no final do programa?” (100), “Qual é a probabilidade de atingir o seu objectivo de perda de peso?” (72), “Quanto peso pensa perder?” (73) ou “Realisticamente, quanto peso considera que vai de facto conseguir perder durante esta intervenção” (108). Estas diferentes questões podem abordar aspectos ligeiramente diferentes, envolvendo não só expectativas mas também questões relacionadas com avaliação de resultados da intervenção em si e auto-eficácia para cumprir os objectivos propostos. Segundo a revisão de Teixeira e colegas, ter expectativas positivas e realistas parece ser benéfico, associando-se a melhores resultados (30).

Auto-motivação e autonomia

A auto-motivação é avaliada pela tendência para a perseverança, capacidade para acabar as tarefas iniciadas e de manter a disciplina e a motivação (109). O termo motivação refere-se a energia, direcção, força psicológica que impele o indivíduo para atingir um determinado objectivo. A motivação inclui aspectos associados à iniciativa, activação e intenção. Deci e Ryan introduziram o conceito de um contínuo de motivação, desde a motivação intrínseca ou autónoma até à motivação extrínseca ou controlada (110). A primeira parece estar associada ao sucesso em programas de controlo do peso (30). A motivação será autónoma na medida em que o indivíduo age voluntariamente, de acordo com a sua escolha, percebendo um *locus* de causalidade interno para a sua acção. Por outro lado, a motivação extrínseca é condicionada por pressões externas, coerção ou recompensas (24).

Um programa de perda e controlo do peso de seis meses verificou que, os indivíduos cuja motivação para a perda de peso se revelou mais autónoma, aderiram melhor às sessões, tiveram maior perda de peso no decorrer do programa e mantiveram maior percentagem dessa perda durante os dois anos subsequentes comparando com indivíduos que revelaram maior tendência para uma orientação controlada. Ter uma orientação mais autónoma explicou 10% da variação dos resultados (24). Uma menor auto-motivação foi associada a uma menor perda de peso em mulheres entre os 40 e 55 anos de idade, com um programa comportamental de quatro meses e no seguimento durante 12 meses (58,59). À semelhança da auto-eficácia, vários estudos têm implicado a mudança para uma motivação mais autónoma para o exercício, ao longo da

intervenção, a uma maior perda de peso (76,77,111,112), o que pode comprometer a capacidade de predição do seu valor inicial. A revisão de Teixeira e colaboradores associou a auto-motivação com o sucesso nas intervenções comportamentais para o controlo do peso (30). Motivos mais intrínsecos (e.g. satisfação pessoal) para a adopção de novos comportamentos como o exercício, estão associados a melhores resultados a curto e longo prazo. Este achado está de acordo com estudos anteriores que verificam que sujeitos mais auto-determinados para a prática de exercício realizam mais actividade física do que sujeitos que apresentam motivos externos (113). Discute-se actualmente qual será o melhor preditor de sucesso a longo prazo entre as diferentes variáveis relacionadas com medidas de eficácia e motivação. Apesar de existir evidência para muitas variáveis (auto-eficácia geral, auto-eficácia para a alimentação, auto-eficácia para o exercício; auto-motivação geral, auto-motivação para o exercício), ela é mais consistente para as medidas mais gerais. Julga-se que medidas mais “amplas” e multidimensionais, como a auto-motivação, conseguem avaliar melhor a capacidade de adesão aos comportamentos que levam a perda de peso e sua manutenção a longo prazo (30).

Locus de controlo

O *locus* de controlo está relacionado com a crença que o indivíduo tem que controla a sua própria vida (114). Uma orientação do *locus* de controlo mais “interna” significa que a pessoa acredita que são os seus comportamentos que determinam a sua vida e que esta não é condicionada por outras pessoas e eventos externos (*locus* de controlo externo). No espectro do *locus* de controlo, os indivíduos com regulação mais “interna” têm tendência para controlar o ambiente que os rodeia e a responsabilizarem-se pelas suas acções. As pessoas com uma orientação mais “externa” acreditam que são outras pessoas, acontecimentos externos ou simplesmente a “sorte”/“azar” que controlam e determinam a sua vida (38). A escala I-E de Rotter (114) foi amplamente usada no início do estudo dos preditores. Um *locus* de controlo mais interno foi identificado como preditor de sucesso pela primeira revisão sobre o tema (47). Weiss chegou mesmo a sugerir que pessoas com um *locus* de controlo mais externo, deviam ter uma preparação prévia visando trabalhar esse aspecto antes de iniciar um programa de controlo do peso (47). Cerca de duas décadas mais tarde, a revisão de Allison & Engel

chegou a resultados semelhantes, adiantando que medidas mais específicas para o controlo do peso e saúde estariam mais indicadas do que medidas gerais (115). Após o instrumento mais geral de Rotter (114), foram desenvolvidas escalas mais direccionadas para a saúde (116), para o controlo do peso (117), alimentação (118) e exercício (119), embora estes ainda careçam de uma utilização mais generalizada.

Trabalhos mais recentes encontraram uma relação com um *locus* mais interno e maior sucesso, usando medidas gerais (38,120-122) e específicas (90). No entanto, este resultado não foi replicado em outras análises (24,90,123-125). Um *locus* mais “externo” nunca foi identificado como sendo favorável no processo de controlo do peso. Adolfsson e colaboradores observaram que indivíduos com obesidade tinham um *locus* de controlo mais “externo” que os normoponderais e que uma orientação mais “interna” se associava a uma maior perda de peso. Estes autores defendem ainda que os doentes de “risco”, com um *locus* de controlo mais “externo”, deveriam ser encaminhados para um programa adaptado, com técnicas de capacitação (“*empowerment*”), encorajando uma orientação mais “interna” e mudança de comportamentos (38). Esta medida é particularmente importante tendo em conta que as pessoas com excesso de peso tendem a ser orientadas mais “externamente” (38,121,123). Em intervenções que se adequaram às características do *locus* de controlo do participante (mais “externo” ou mais “interno”), houve uma maior satisfação e perda peso em comparação com intervenções não direccionadas (116,126). Duas das revisões mais recentes referem que, tendo em conta a evidência actualmente disponível, um *locus* de controlo predominantemente interno é benéfico no controlo do peso (30,115).

Imagem corporal e auto-estima

A imagem corporal está relacionada com a percepção que cada um tem do seu corpo e com a forma como interpreta e adapta essa “imagem” aos seus sentimentos, atitudes e comportamentos. O estudo da imagem corporal está dificultado pela complexidade do seu conceito. É um construto multidimensional, incluindo componentes do campo cognitivo/atitudinal, perceptual e comportamental (127). Mulheres com excesso de peso e obesidade têm uma maior prevalência de insatisfação corporal (128). No entanto, o “grau de insatisfação” não está relacionado com o valor do IMC (129-131). Têm sido desenvolvidos diversos instrumentos de medida para avaliar esta variável: Questionário

da Figura Corporal, Perfil Auto-Percepção Física, Inventário das Alterações do Comportamento, Questionário da Insatisfação com a Imagem Corporal, Questionário da Catexia Corporal entre outros (96,127,132-135). Esta abundância de escalas dificulta a comparação de achados entre diferentes estudos e medidas. Os diversos instrumentos, apesar de muitas vezes estarem correlacionados, não avaliam necessariamente as mesmas “dimensões” da imagem corporal. A satisfação com a aparência e a preocupação excessiva com a mesma são duas medidas distintas da imagem corporal, que são inúmeras vezes entendidas como sinónimos. Contudo, enquanto a primeira recai mais numa dimensão de avaliação-afectiva, a segunda está mais ligada a uma dimensão de investimento cognitivo-comportamental (136). Por esta razão, deve-se especificar a dimensão da imagem corporal que se deseja estudar e seleccionar instrumentos que afirmam essa dimensão em particular. Adicionalmente, os resultados de diferentes medidas não devem ser comparados directamente, pois podem traduzir diferentes padrões de associação com o sucesso no controlo do peso.

Uma maior satisfação com o corpo foi um dos preditores de sucesso identificados em vários estudos que utilizaram diferentes questionários (49,58,59,61,95,137,138). Uma das formas de avaliar a imagem corporal é utilizando o Questionário da Insatisfação com a Imagem Corporal. Este instrumento consiste em nove silhuetas de tamanho crescente, a partir das quais o indivíduo escolhe a sua silhueta actual e a sua silhueta ideal. A diferença entre as duas silhuetas é o seu grau de insatisfação. Quanto maior a diferença, maior a insatisfação (134). Indivíduos com maior discrepância entre a silhueta actual e a ideal têm tendência para perder menos peso durante a intervenção e período de seguimento (48,58,59,61,137). Por outro lado, os estudos que utilizaram Questionário da Figura Corporal - que consiste em 34 perguntas sobre a relação do próprio com o corpo - (132) não encontraram associações entre esta medida e a perda/ganho de peso (58,59,95,139). Utilizando o Inventário de Alterações do Comportamento Alimentar (96), Kiernan e Traverso relacionaram a insatisfação corporal e o sucesso num programa de nove meses e 24 semanas, respectivamente (49,95). Um resultado superior a 23 pontos na subescala da insatisfação corporal, foi a variável que permitiu uma melhor distinção entre o grupo de participantes com sucesso (55% baixaram pelo menos duas unidades no IMC) em relação aos que não tiveram sucesso (49). Outros trabalhos também identificaram que uma melhoria da imagem

corporal ao longo da intervenção era conducente a uma maior perda de peso (27,77,140).

Uma possível explicação para esta associação com o sucesso é o facto de uma imagem corporal negativa estar associada a alterações do humor, como depressão, diminuição de auto-confiança e auto-estima (141). Em alguns estudos, uma menor auto-estima foi associada a uma maior insatisfação com o corpo (48,129,141). A importância excessiva atribuída à imagem corporal poderá, também, constituir um forte obstáculo ao desenvolvimento e aceitação de expectativas de resultados/objectivos de perda de peso realisticamente alcançáveis no tratamento, contribuindo para o menor sucesso na manutenção do peso. Os índices de insatisfação corporal aferidos no final do programa parecem prever o ganho ponderal (142). Pode-se então concluir que, de um modo geral, uma maior insatisfação com a imagem corporal parece dificultar o processo de perda de peso.

A auto-estima é um construto relativamente mais fácil de estudar, sendo frequentemente avaliado através da escala de Rosenberg de auto-estima/auto-conceito (143). No entanto, a evidência existente é bastante reduzida e contraditória (30). Alguns estudos encontraram uma associação com perda peso a curto prazo mas não a longo prazo (58,59). Nir & Neuman observaram que os participantes com menor auto-estima perdiam menos peso durante a intervenção e ganhavam mais peso no período de manutenção (122,125). Numa intervenção farmacológica (sibutramina) e comportamental, as pessoas que reportaram mais sentimentos negativos em relação a si próprios tinham um risco três vezes superior de não terminar o programa de 52 semanas (31). Num estudo com crianças e adolescentes entre os 6 e 19 anos, Mikhail e colaboradores associou uma pior auto-estima a um melhor resultado na intervenção comportamental de 15 semanas. Os autores justificaram que esta baixa auto-estima reflecte um grande sofrimento interior que poderia funcionar como catalisador para a mudança (40). Esta direcção de associação nunca foi replicada em outro estudo. Um outro estudo numa amostra pediátrica associou um pior auto-conceito com maior probabilidade de atrito num tratamento de 4 meses (144). Vários trabalhos não encontraram qualquer evidência de correlação com a perda de peso (48,59,61,90,130).

São necessários mais estudos para confirmar a potencial relação da auto-estima com a perda de peso.

Qualidade de vida

Esta variável tem sido pouco estudada como moderadora do sucesso em programa de controlo do peso. Os instrumentos mais utilizados são medidas mais específicas da qualidade de vida associada à saúde ou peso. O “SF-36” é o instrumento “geral” mais utilizado para a qualidade de vida associada à saúde (145). A versão reduzida do questionário “Impacto do Peso na Qualidade de Vida” (146) é um questionário mais específico para a qualidade de vida associada ao peso. Alguns trabalhos identificaram uma melhor qualidade de vida associada ao peso a um maior êxito nas intervenções, sem que medidas mais gerais (SF-36) tivessem tido uma associação significativa (58,59). Adicionalmente, uma pior qualidade de vida associada ao peso foi identificada como preditora de desistência do programa em outros trabalhos (58,137). Um dos estudos seguiu os participantes durante o ano após a intervenção e os resultados foram semelhantes aos encontrados para o curto prazo (58,59). Kolotkin e colaboradores referem que, apesar de existirem diferenças entre os resultados provenientes de medidas gerais e específicas, poderá haver benefícios em utilizar ambas nas intervenções, não se devendo escolher uma em detrimento da outra (147). Num programa comportamental com mulheres portuguesas não se identificaram quaisquer relações entre as medidas de qualidade de vida (geral e específica para a obesidade) e a perda de peso ou atrito numa intervenção comportamental de 4 meses e seguimento de 12 meses (48,62). São necessários mais estudos que utilizem as medidas de qualidade de vida específicas para a obesidade para que se possa obter confirmação desta associação.

Ansiedade e depressão

As variáveis ligadas à saúde mental, como o humor, têm sido amplamente estudadas, mas sem evidência da sua associação com a perda de peso. Na revisão de Teixeira e colaboradores (30), dos sete estudos identificados com tendo estudado variáveis psicopatológicas, apenas um estudo verificou uma associação negativa entre o humor depressivo e o sucesso na intervenção (130).

Mais recentemente, alguns trabalhos identificaram a presença de sintomas depressivos como preditor de menor sucesso na intervenção (31,33) e de desistência (31,32,34,59,137,144,148). Fabricatore e colegas calcularam que por cada ponto adicional no Inventário de Depressão de Beck, o risco de não completar o programa de 1 ano aumentava em 7%. No entanto, esta amostra tinha valor médio para Inventário de Depressão de Beck bastante abaixo do valor necessário para o diagnóstico (31). O instrumento mais frequentemente usado para avaliar a presença de sintomatologia depressiva é o Inventário de Depressão de Beck (149). No entanto, este poderá não ser o instrumento ideal para avaliar sujeitos que participam em programas de controlo do peso, que normalmente têm sintomas abaixo do limiar para diagnóstico de depressão clínica. Frequentemente os estudos excluem pessoas com psicopatologia diagnosticada, de forma a diminuir o número de variáveis de confundimento (30). Desta forma, a amostra avaliada em estudos já é “seleccionada” e poderá ser necessário outro tipo de instrumentos (para além do Inventário de Depressão de Beck) que consigam avaliar sinais e sintomas mais subtis.

A evidência é escassa no papel da ansiedade/stress como moderadora de sucesso nos programas de controlo peso. Somente três estudos encontram uma relação negativa entre tensão e ansiedade e a perda de peso (138,150,151). Julga-se que a ansiedade-traço será mais indicada para uma avaliação antes do início de um programa, porque o contexto do início de intervenção poderá contaminar medidas mais “transitórias”, como a ansiedade-estado.

O apoio proporcionado pela equipa de intervenção ou adopção de um programa de exercício durante o estudo podem melhorar a saúde mental (91), tornando os valores iniciais de depressão ou ansiedade menos relevantes (30).

Estudo de preditores do controlo do peso em Portugal

O estudo de preditores de sucesso no pré-tratamento tem sido desenvolvido no Laboratório de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana, no âmbito do Programa de Exercício de Saúde na Obesidade (48,76,152). Teixeira e colaboradores estudaram uma amostra portuguesa de mulheres pré-menopáusicas durante uma intervenção cognitivo-comportamental de quatro meses. Menos tentativas anteriores de

perda de peso, uma maior auto-motivação, uma melhor imagem corporal e expectativas altas de resultados associaram-se a maior perda de peso. Em análises de regressão múltipla, o modelo explicativo da variância de peso durante a intervenção, que incluiu estas quatro variáveis mais o peso inicial, explicou cerca de 24% da variação do peso (48). A expectativa de resultados foi a variável que individualmente mais contribuiu para o modelo, com 9%. Análises adicionais mostraram que o padrão que melhor explicou a relação encontrada entre o peso perdido e as expectativas não foi linear, mas sim curvilíneo. Desta forma, as expectativas das participantes que se aproximavam de perdas de 10-15% do peso actual, associaram-se a maior sucesso. Expectativas muito mais exigentes (mais de 15%) ou mais modestas (menos de 10%) não foram vantajosas (48). Um outro trabalho associou uma maior auto-eficácia para alimentação (75) com uma maior perda de peso aos quatro meses (76).

Este estudo replicou análises já efectuadas numa amostra de mulheres americanas, que participaram numa intervenção muito semelhante à portuguesa (58). As variáveis predictoras encontradas na amostra portuguesa já tinham sido identificadas na amostra americana (auto-motivação, expectativas do peso pedido e insatisfação com a imagem corporal). Curiosamente, a relação entre as expectativas de resultados e a perda de peso efectiva no final da intervenção verificou-se no sentido inverso. Nas mulheres americanas, expectativas mais exigentes tiveram piores resultados, enquanto na amostra portuguesa as expectativas mais altas (até 15% perda de peso actual) foram predictoras de maior sucesso. Uma explicação possível para estes resultados divergentes é o facto de quem procura programas para perder peso nos Estados Unidos tem normalmente expectativas muito optimistas e centradas em atingir o peso ideal. Em Portugal, talvez o facto de o optimismo ser menos cultivado na sociedade e as mulheres estarem menos expostas a pressões para serem “magras”, modere as expectativas. No geral, as expectativas das portuguesas foram inferiores às das americanas (48).

Para além desta diferença, a auto-estima, auto-eficácia e percepção de barreiras para o exercício foram preditores no estudo americano mas o mesmo não se verificou na amostra portuguesa. Existem diferenças óbvias entre as duas culturas, nomeadamente ao nível da consciência social para a prática de actividade física e nível de percepção de competências, o que eventualmente pode ter condicionado estes achados discrepantes. Diferenças culturais e sócio-económicas poderão condicionar diferentes características predictoras de sucesso entre amostras distintas, parecendo no entanto existir preditores

mais transversais como as expectativas de resultados e imagem corporal (48). Após a intervenção de quatro meses, estas mulheres foram seguidas por um período de 12 meses. As participantes com maior sucesso no controlo do peso aos 16 meses tinham níveis pré-tratamento de insatisfação corporal menor e expectativas mais elevadas. A auto-motivação não foi um preditor do peso perdido ao longo prazo, ao contrário do que foi encontrado logo após a intervenção (61). O início mais precoce de dietas associou-se ao atrito aos 16 meses (62), que foi um correlato do número de dietas no ano anterior ao início do programa (57).

As variáveis que podem antever uma maior perda de peso a curto prazo podem não ser necessariamente as que poderão prever a longo prazo. Após dezasseis meses, a perda média dos indivíduos que completaram o programa foi de 4,5%. Quando todos os participantes foram estudados, incluindo os que desistiram (*intention to treat analysis*), a perda média foi de 2,2% (*baseline observation carried forward*) ou 2,8% (*last observation carried forward* mais 0,2 kg por mês), consoante o método de imputação utilizado (62). Estes achados não são surpreendentes já que quanto maior é o período de seguimento, maior é o número de indivíduos que voltam ao peso que tinham antes do início tratamento (18).

Num estudo diferente do mesmo laboratório, uma intervenção comportamental de 12 meses baseada na Teoria da Auto-determinação (153), resultados preliminares relacionaram uma pior qualidade de vida associada ao peso (dimensões auto-estima e função física) e uma maior preocupação com a figura corporal com menor perda de peso no final do programa. Adicionalmente, uma pior qualidade de vida associada ao peso, mais sintomas depressivos e expectativas mais exigentes foram preditores de atrito aos 12 meses (137).

Sumário

O estudo de preditores de sucesso no tratamento de obesidade é de grande utilidade para identificar quem será bem sucedido em programas de controlo e compreender quais as características individuais ligadas à resistência no processo de perda de peso.

Actualmente, há evidência consistente de que um menor número de tentativas anteriores de perda de peso, maior auto-eficácia, auto-motivação e autonomia ao iniciar uma

intervenção comportamental estão associados a uma maior perda de peso. Outras variáveis, como as expectativas de resultados, *locus* de controlo, satisfação com imagem corporal, saúde mental, têm sido identificadas em trabalhos mais recentes como potenciais preditores mas estes achados necessitam de ser confirmados por estudos adicionais. A auto-eficácia e percepção de barreiras para o exercício têm sido pouco investigadas neste contexto, mas julga-se que poderão ter um papel importante como moderadores da perda de peso. Características relacionadas com o comportamento alimentar não têm sido associadas com o sucesso em programas de perda de peso.

Em Portugal, o estudo destas variáveis é ainda limitado. À semelhança de outros estudos, o número de tentativas anteriores de perda de peso, auto-motivação, imagem corporal e as expectativas de resultados foram identificados como preditores de sucesso numa intervenção comportamental em mulheres pré-menopáusicas.

METODOLOGIA

Desenho experimental do Programa P.E.S.O.

O programa Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade (PESO) é um estudo experimental, controlado e aleatório desenvolvido pelo Laboratório de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. O estudo consistiu numa intervenção comportamental para o controlo do peso durante um ano e seguimento durante 24 meses. O objectivo principal do programa foi promover alterações estáveis dos hábitos e estilos de vida em mulheres com excesso de peso, conducentes a uma perda ponderal e melhoria da saúde e qualidade de vida.

A intervenção decorreu de forma faseada em três “cohort” sucessivos, desde Setembro de 2004 até Setembro de 2009 (Figura 1). Após os 12 meses do programa, as participantes eram seguidas em avaliações periódicas mas não tinham qualquer contacto formal com a equipa de intervenção.

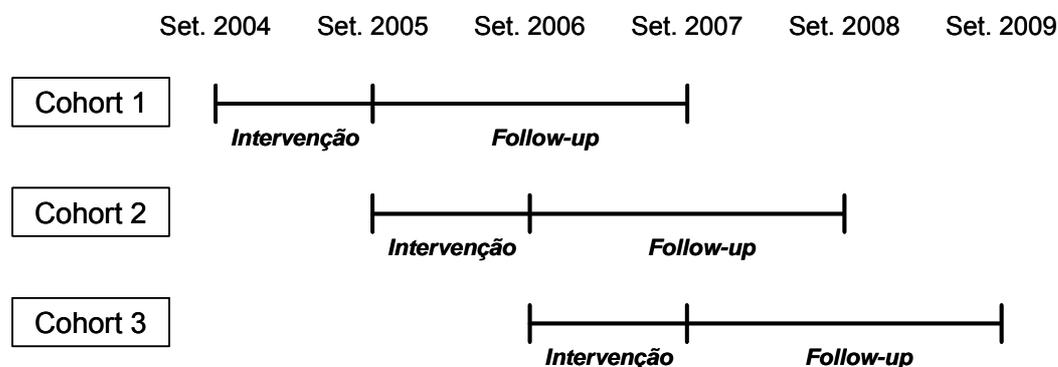


Figura 1 – Cronograma do estudo

Cada “cohort” foi constituído por aproximadamente 100 participantes, dividido de forma aleatória em dois grupos: intervenção e comparação. A distribuição pelos grupos foi feita através da geração aleatória de números utilizando o programa Microsoft Excel for Windows®.

Ambos os grupos foram alvo de uma intervenção, que envolveu contacto com uma equipa multi-disciplinar de técnicos especialistas do Laboratório de Exercício e Saúde. A equipa de intervenção era constituída por fisiologistas do exercício, nutricionistas e psicólogos a frequentar programas de mestrado, doutoramento ou pós-doutoramento.

Este estudo foi provado pelo Conselho de Ética da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa e registado no site <http://clinicaltrials.gov/> com o número NCT 00513084.

Amostra

Este estudo foi desenvolvido para mulheres, entre os 25 e 50 anos de idade, com excesso ponderal, que estivessem dispostas a participar num programa comportamental para controlo do peso. Os critérios para inclusão no estudo foram: sexo feminino, idade entre os 25 e 50 anos; situação de pré-menopausa; um índice de massa corporal entre 25 e 40 kg/m²; disponibilidade para frequentar as sessões semanais da intervenção nos primeiros 12 meses e os momentos de avaliação ao longo dos três anos; não estar grávida ou planear engravidar nos próximos dois anos; não ter uma condição clínica grave com medicação que pudesse interferir a regulação do peso; não participar em outro tratamento para o controlo do peso durante o período de intervenção, nomeadamente medicação ou cirurgia. Esta amostra foi seleccionada na sequência de trabalhos anteriores realizados nos Estados Unidos (58) e em Portugal (48) e também porque esta é a população que mais procura perder peso.

As participantes foram recrutadas na comunidade, através de anúncios nos media (televisão, rádio, jornais), posters e distribuição de brochuras (instituição de saúde, eventos) e através de um sítio na internet (www.peso.utl.pt). As potenciais participantes foram convidadas a frequentar uma sessão de esclarecimento onde o programa era explicado com maior detalhe e esclarecidas dúvidas.

Descrição da intervenção

O grupo de intervenção participou em 30 sessões semanais presenciais, com a duração aproximada de 120 minutos, desenvolvidas ao longo de 10-12 meses em grupos de 25 participantes. Esta intervenção foi baseada na “Teoria da Auto-Determinação” (153), tentando fomentar a autonomia e motivação intrínseca para mudança de comportamentos, nomeadamente na adopção de um estilo de vida activo. As sessões incluíram tópicos sobre actividade física (AF), nutrição e conteúdos/conceitos cognitivo-comportamentais num ambiente promotor de autonomia seguindo os princípios da “Teoria da Auto-Determinação” (108). A equipa de intervenção tentou encorajar a mudança mas colocando sempre as decisões centradas no participante. Foram evitadas “prescrições mágicas”, recompensas externas ou qualquer tipo de pressão para promover a adopção dos novos comportamentos. As diferentes opções (AF e alimentação) eram apresentadas pela equipa mas cabia ao participante decidir qual a alternativa que se enquadrava melhor no seu dia-a-dia (152). Ao longo da intervenção os membros da equipa interagiram com as participantes, dando *feedbacks* positivos e pistas para que pudessem atingir as suas metas pessoais.

O programa da intervenção estava dividido em seis módulos (Figura 2). Nos primeiros módulos, “Saber Mais” e “Despoletar a Perda de Peso”, foram abordados os conceitos de equilíbrio energético, educação nutricional e hábitos alimentares facilitadores da perda de peso. O objectivo desta fase inicial era desencadear uma perda de peso através da diminuição do aporte energético. No terceiro módulo, “Adoptar/Integrar a Actividade Física”, foram explicados os benefícios e riscos do exercício, como integrar um programa de actividade física no quotidiano, como aumentar a AF informal, as diferentes opções disponíveis (aulas de grupo, dança, caminhadas, etc), material de *fitness*, auto-monitorização da intensidade (frequência cardíaca e escala subjectiva de esforço) e quantidade da AF (uso de pedómetros). Antecipando potenciais dificuldades na adesão à prática regular de AF, foram abordadas as principais barreiras, bem como estratégias para as ultrapassar. Neste módulo foi enfatizada a importância da escolha de actividades agradáveis, geradores de sensações de prazer e bem-estar, para que se pudesse potenciar a adesão a longo prazo. No quarto módulo, “Barreiras/Motivações”, foram desenvolvidas competências na resolução de problemas, promoção da autonomia, auto-regulação e motivação intrínseca. Foi também analisada a importância da auto-monitorização do peso, AF e alimentação no processo da perda e manutenção do peso.

Pretendeu-se ainda que cada participante definisse objectivos concretos e realistas para a sua perda de peso, passíveis de serem atingidos e contribuindo assim para uma melhor percepção de auto-eficácia. No quinto módulo “Melhorar a Imagem Corporal” foram discutidos problemas relacionadas com a imagem corporal (distorção, insatisfação), muitas vezes criados por pressões externas dos media, família e amigos. Esta percepção negativa do próprio corpo pode levar à criação de objectivos irrealistas, com consequências deletérias na adopção e manutenção dos novos comportamentos. A auto-aceitação e auto-conhecimento do corpo são fundamentais na aquisição de autonomia para processos de mudança.

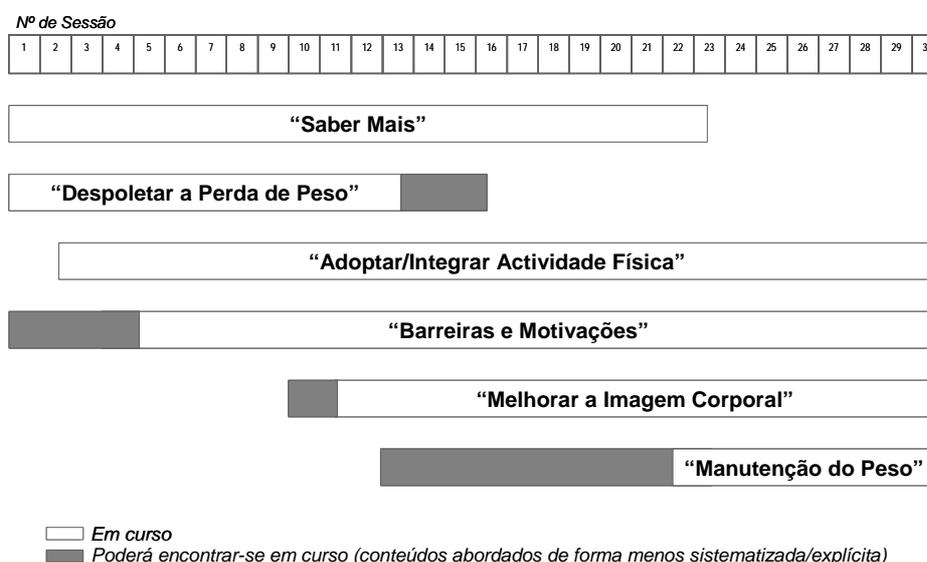


Figura 2 – Conteúdos do programa do grupo de intervenção

Adaptado de Silva e colaboradores 2009 (152)

O último módulo, “Manutenção do Peso”, tinha por objectivo preparar as participantes para a fase de manutenção dos novos comportamentos necessários para manter o peso perdido. A auto-monitorização do peso, hábitos alimentares flexíveis e um estilo de vida activo (AF formal e informal) foram apresentados como aspectos importantes a considerar nesta fase.

Algumas sessões decorreram no formato de “workshop”, de cariz mais prático abordando questões específicas (resolução de problemas, imagem corporal). Foram

ainda organizadas pontualmente sessões práticas de AF com caminhadas, aulas de grupo, sala de exercícios com o objectivo de dar a conhecer o leque de opções disponíveis para as participantes. Durante as sessões era distribuído material escrito para complementar os conteúdos apresentados.

O grupo de comparação participou em 29 sessões temáticas, visando a promoção geral da saúde. Foram abordados tópicos como: nutrição saudável, segurança alimentar, gestão de stress, relaxação, valorização pessoal, técnicas de comunicação. A interacção com a equipa de intervenção foi mais limitada, não se proporcionando troca de opiniões ou qualquer *feedback*. Não foi encorajado o estabelecimento de metas ou autonomia na adopção de novos comportamentos. Este programa foi desenvolvido devido a preocupações de ordem ética e também prevenir o desinteresse e eventual desistência dos participantes ao longo do estudo.

Instrumentos de avaliação

As participantes foram avaliadas antes do início da intervenção, aos quatro meses, no final da intervenção (12 meses), após um ano e dois anos de seguimento (24 e 36 meses). Para o presente trabalho apenas serão utilizados resultados das avaliações conduzidas antes da intervenção, aos 12 e 36 meses.

A avaliação estava dividida em seis áreas: composição corporal, psicometria, actividade física, nutrição e alimentação, metabolismo de repouso e entrevista semi-estruturada. Para o presente trabalho apenas serão analisados os dados provenientes das avaliações na área da composição corporal conduzidas antes da intervenção, 12 e 36 meses e psicometria avaliada antes do início do programa.

Apenas se descrevem em seguida os instrumentos cujos dados foram analisados neste trabalho. A descrição de todos os instrumentos utilizados durante este estudo está disponível num trabalho de Silva e colaboradores (154).

Composição corporal

Todas as medições foram efectuadas no período da manhã e após um jejum de três horas. O peso foi medido duas vezes utilizando uma balança electrónica (SECA, modelo 770, Hamburgo, Alemanha), com aproximação ao 0,1 kg. A altura também foi medida duas vezes com uma estadiómetro, com aproximação ao 0,1cm. Foi utilizada a média das duas aferições para o valor final e para o cálculo do IMC em kg/m². Estas avaliações foram efectuadas antes da intervenção, aos 12 e 36 meses.

Avaliação psicológica

As participantes foram submetidas a uma bateria de testes psicométricos antes do início do programa avaliando áreas consideradas importantes no controlo do peso, como o exercício, alimentação e imagem corporal. A aplicação dos questionários decorreu num ambiente calmo e com a supervisão de técnicos da equipa de intervenção.

Os questionários aplicados podem dividir-se em seis áreas principais: 1) historial de tentativas de perda de peso; 2) exercício; 3) comportamento alimentar; 4) expectativas e motivação; 5) auto-conceito e imagem corporal; 6) qualidade de vida e bem-estar; 7) saúde mental. Os instrumentos utilizados são amplamente utilizados internacionalmente para avaliar os constructos em causa. Foram utilizadas versões validadas de questionários em Português, quando disponíveis. Quando não existiam versões em Português, dois investigadores bilingues da equipa de intervenção, fluentes em Português e Inglês, fizeram uma dupla-tradução (de Inglês para Português e de Português para Inglês). Foram feitas algumas adaptações adicionais para melhorar a compreensão dos questionários. A versão integral em Português de todos os questionários encontra-se disponível nos Anexos.

Tendo em conta os objectivos deste trabalho apenas se utilizaram os resultados recolhidos antes do início da intervenção, embora também tenham sido recolhidos dados psicométricos aos quatro, 12, 24 e 36 meses.

1) Questionários relacionados com o historial de tentativas de perda de peso

- Questionário sobre o historial do peso e tentativas anteriores

Este questionário foi criado propositadamente para este estudo e visa a recolha de informações relevantes relativamente ao historial do peso do indivíduo e caracterização de tentativas anteriores para redução do peso. Foram incluídas questões como: “peso perdido nos últimos dois anos”, “tempo com o peso actual”, “peso que considera saudável”, “número e episódios de flutuação do peso (± 5 kg)”, “número de tentativas anteriores de perda peso” e “idade da primeira tentativa de perda de peso”. Para este trabalho foi apenas utilizada a pergunta “No último ano, quantas vezes tentou perder peso?”.

2) Questionários relacionados com o exercício

- Escala de Percepção de Barreiras para o Exercício (82)

Este questionário de Steinhart & Dishman é constituído por 11 itens que permitem avaliar em que medida o tempo (e.g. “falta de tempo”), esforço (e.g. “falta de energia”) e outros obstáculos (e.g. “obrigações familiares”) são barreiras para a adesão à prática regular de exercício. Os 11 itens são uma selecção da escala original de 14 itens de Steinhart e Dishman (82). O questionário utiliza uma escala de Likert de 5 pontos, para que o indivíduo se posicione entre 1 (“discordo plenamente”) a 5 (“concordo plenamente”). Valores mais elevados nesta escala correspondem a uma maior percepção de barreiras para à prática de exercício. A consistência interna da escala foi 0,75 (α de Cronbach).

- Escala para Auto-Eficácia para o Exercício (81)

Este questionário de Sallis e colaboradores, constituído por 11 itens, avalia a crença/convicção que o sujeito tem de si, de que consegue manter uma prática regular

de exercício durante seis meses, quando confrontado com diferentes situações como por exemplo: resistir a desistir de um programa regular de exercício na presença de obstáculos como o aumento das solicitações familiares ou aumento do volume do trabalho; ou arranjar tempo para fazer exercício, quando isso significa acordar mais cedo ou após um dia cansativo de trabalho. O questionário usa uma escala de Likert de 5 pontos, para que o indivíduo se posicione no espectro entre 1 (“de certeza que não era capaz”) a 5 (“de certeza que era capaz”). Valores mais elevados nesta escala correspondem a uma maior auto-eficácia para a prática de exercício. Foi utilizada a versão portuguesa validada por Sousa & Rosa (155). A consistência interna da escala foi 0,83 (α de Cronbach).

3) Questionários relacionados com o comportamento alimentar

- Escala de Auto-Eficácia para Comportamento Alimentar (75)

Este questionário desenvolvido por Clark e colaboradores, consiste em 20 itens e pretende avaliar a crença que o sujeito tem em si mesmo para controlar os seus comportamentos alimentares. Permite avaliar a capacidade que o indivíduo tem para “resistir à comida” em diferentes circunstâncias, como emoções negativas, desconforto físico, quando existe pressão social, disponibilidade de alimentos e actividades positivas. Perante a afirmação, o indivíduo tem que escolher numa escala de Likert de 10 pontos entre 1 “nada confiante” e 10 “muito confiante”. Valores mais elevados correspondem a uma maior auto-eficácia para comportamento alimentar, isto é uma maior capacidade em controlar a ingestão excessiva. A consistência interna da escala foi 0,94 (α de Cronbach).

- Inventário do Comportamento Alimentar (89)

Este questionário de Stunkard & Messick é constituído por 65 perguntas e permite caracterizar o comportamento do sujeito face à comida. Podem ser calculadas três

subescalas. A primeira parte do questionário (36 perguntas) consiste em afirmações em que o sujeito tem que se posicionar numa escala de Likert de 1 “concordo totalmente” a 4 “discordo totalmente”. Na segunda parte do questionário (29 itens), existem 14 perguntas com uma escala de Likert de 4 pontos, um pergunta com uma escala de Likert com 6 pontos (item 50) e 13 afirmações que o sujeito tem que classificar como “verdadeiras” ou “falsas”. A subescala de restrição (21 itens) avalia a intenção consciente de controlar a ingestão alimentar. A subescala de desinibição (16 itens) mede a ingestão descontrolada de alimentos como resposta emocional ou cognitiva. A subescala de fome (14 itens) quantifica a frequência com que o sujeito sente fome no seu dia-a-dia. Adicionalmente podem ser calculadas outras variáveis, desenvolvidas por Westenhoefer e colaboradores, como a restrição alimentar flexível e restrição alimentar rígida. Para este trabalho foram utilizado as subescalas de desinibição e restrição alimentar. Valores mais elevados correspondem a maiores níveis de desinibição ou restrição alimentar. A consistência interna da subescala de restrição alimentar foi 0,77 e para a escala de desinibição foi de 0,71 (α de Cronbach).

- Inventário das Perturbações do Comportamento Alimentar II (96)

Este instrumento desenvolvido por Garner consiste em 91 itens e pretende avaliar a presença de sintomas associados a distúrbios alimentares como a anorexia nervosa e bulimia. Está dividida em 11 subescalas. Três subescalas estão relacionadas com atitudes e comportamento para com a comida e forma do corpo: “desejo de emagrecer” (preocupação excessiva com o peso, perda de peso e medo de engordar), “bulimia” (tendência para episódios de ingestão alimentar compulsiva seguida de indução de vômito) e “insatisfação corporal” (perturbações da imagem corporal). As restantes subescalas avaliam características psicológicas normalmente associadas a alterações do comportamento alimentar: ineficácia (sentimentos de ineficácia e um auto-conceito negativo), perfeccionismo, desconfiança interpessoal, mal-estar interoceptivo (capacidade de identificação de emoções e sensações de fome e saciedade), medo da maturidade (recusa da maturidade psicológica devido às exigências da idade adulta), ascetismo (tentativa de procurar virtudes através de ideias espirituais), regulação do impulso (tendência para o abuso de substâncias, impulsividade, hostilidade e comportamento auto-destrutivo) e insegurança social (relações sociais tensas e

inseguras). Para cada item, o indivíduo tem que optar por uma resposta numa escala de Likert de 5 valores, variando entre 1 “sempre” e 5 “nunca”. Para cada resposta podem ser atribuídos 0 a 3 pontos, numa gravidade crescente dos sintomas. Valores mais elevados correspondem a maior gravidade na sintomatologia associada a alterações do comportamento alimentar. No presente trabalho foi utilizada apenas a subescala “bulimia”. Foi utilizada a versão portuguesa validada por Machado, Gonçalves, Martins & Soares (156). A consistência interna da subescala bulimia (7 itens) foi 0,65 (α de Cronbach).

- Questionário do Comportamento Alimentar (157)

Este instrumento desenvolvido por van Strien e colaboradores é constituído por 33 questões e permite avaliar o tipo de comportamento alimentar e aferir a presença de alimentação emocional (13 itens), alimentação externa (10 itens) e restrição alimentar (10 itens). É possível definir então três subescalas. Perante cada questão o indivíduo tem que optar numa escala de Likert de 5 pontos, entre 1 “nunca” e 5 “muito frequentemente”. Para este trabalho foram apenas utilizadas as subescalas de alimentação emocional e externa, que avaliam até que ponto as emoções e situações externas controlam a ingestão alimentar. Valores mais elevados nas subescalas correspondem a uma maior presença de alimentação emocional e externa. Foi utilizada a versão portuguesa validada por Viana & Sinde (158). A consistência interna da subescala de alimentação emocional foi 0,95 e para a subescala de alimentação externa foi de 0,86 (α de Cronbach).

4) Questionários relacionados com expectativas e motivação

- Questionário de Objectivos e Peso Relativo (98)

Este questionário de Foster e colaboradores permite quantificar a quantidade de peso que o indivíduo gostaria de perder, em relação com o peso actual, numa dada

intervenção. É pedido ao sujeito que diga qual seria o valor para o seu peso “de sonho”, o peso com qual ficaria “feliz”, o peso “aceitável” e o peso com o qual se sentiria “desiludido”. Para cada “peso”, é calculada a percentagem relativamente ao peso actual, antes do início da intervenção. Valores mais elevados correspondem a expectativas mais elevadas, com objectivo de maiores perdas de peso. Para as análises do presente trabalho foi utilizada a média entre o peso “feliz” e “aceitável”, uma vez que ambos estão altamente correlacionados. A variável foi denominada “avaliação dos resultados da intervenção”. Valores mais elevados correspondem a uma avaliação de resultados menos exigente.

- Questionário de Expectativas de Perda de Peso

Foi feita uma pergunta relativa ao peso que a participante pensava perder durante a intervenção (“Realisticamente, tomando tudo em consideração (...) quantos kg considera que vai de facto conseguir perder durante o próximo ano no programa PESO?”). Foi calculada a percentagem relativamente ao peso actual, antes do início da intervenção. A variável foi denominada de “expectativas de perda de peso”. Valores mais elevados correspondem expectativas de resultados menos exigentes.

- Inventário de Auto-Motivação (109)

Este questionário desenvolvido por Dishman & Ickes é constituído por 40 itens e pretende avaliar a tendência para a perseverança de um determinado comportamento (e.g. exercício terapêutico), de terminar tarefas iniciadas, capacidade de se motivar a si próprio e auto-disciplina. Perante as afirmações, o indivíduo tem que se posicionar numa escala de Likert de 5 pontos, entre 1 (“Muito diferente de mim”) e 5 (“Muito parecido comigo”). O questionário não é específico de auto-motivação para comportamentos alimentares ou actividade física, sendo uma medida mais geral da persistência de perseguir um dado objectivo. Valores mais elevados nesta escala correspondem a uma maior auto-motivação. Foi utilizada a versão portuguesa posteriormente validada por Silva e colaboradores (159). A consistência interna deste instrumento foi 0,91 (α de Cronbach).

- Escala do *Locus* de Controlo para o Peso (118)

Esta escala de Stotland & Zuroff pretende avaliar a percepção que o sujeito tem de que controla o seu peso. Permite fazer a distinção entre uma percepção do *locus* da causalidade mais interno, onde o indivíduo reconhece que são os seus comportamentos que condicionam o seu peso actual e um *locus* mais externo, onde são circunstâncias externas (e.g. “sorte”) ou outros indivíduos que foram conducentes ao seu peso actual. Estas escalas foram desenvolvidas para o contexto específico do controlo do peso e comportamentos associados a partir de uma escala mais geral para o *locus* de controlo (114). A “Escala das Crenças sobre a Dieta” (118), é constituída por 16 itens, com diferentes afirmações associadas a um *locus* de controlo mais interno ou mais externo. Perante as afirmações, o sujeito tem que escolher numa escala de Likert de 6 pontos, entre 1 (“nada verdadeiro”) e 6 (“muito verdadeiro”). A pontuação é atribuída da direcção do controlo interno, sendo que valores mais elevados correspondem a um *locus* de controlo para peso mais interno. Foram eliminados quatro itens (item 7, 8, 12 e 16) para melhorar a consistência interna da escala. A consistência interna foi 0,70 (α de Cronbach).

- Escala de Auto-Determinação (160)

Esta escala desenvolvida por Sheldon, Williams & Joiner, é constituída por 10 itens e avalia o grau de auto-determinação do indivíduo no seu funcionamento diário. Este aspecto da personalidade está relacionado com o tipo de motivação (autónoma/intrínseca versus controlada/extrínseca) presente na adopção de comportamentos. A escala está subdividida em duas escalas de cinco itens cada. A subescala “consciência própria”, avalia a consciência que o indivíduo tem dos seus sentimentos e de si mesmo. A subescala “escolha percebida face ao comportamento” pretende quantificar o grau de liberdade que o indivíduo percebe que tem em relação ao seu próprio comportamento. Cada item apresenta duas frases com conteúdos contraditórios relativamente à auto-determinação (e.g. “Sinto que sou sempre eu a escolher aquilo que faço” e “Por vezes sinto que não sou realmente eu a escolher aquilo que faço”). O sujeito tem que escolher numa escala de Likert com 5 pontos, por exemplo, se identifica mais com a primeira frase (1), ou segunda (5) ou se ambas lhe

parecem igualmente verdadeiras (3). Pode ser utilizado o resultado total ou das subescalas. Valores mais elevados correspondem a uma maior tendência para a auto-determinação. Foi utilizada a versão portuguesa posteriormente validada por Silva e colaboradores (159). A consistência interna deste instrumento foi 0,83 (α de Cronbach).

5) Questionários relacionados com o auto-conceito e imagem corporal

- Questionário de Auto-Estima (143)

Este questionário de Rosenberg é constituído por 10 itens e pretende avaliar a auto-percepção que o indivíduo tem relativamente às suas capacidades/desempenhos e a relação afectiva de aprovação/desaprovação de si mesmo. Perante as afirmações, o indivíduo tem que escolher numa escala de Likert de 4 pontos entre 1 “discordo fortemente” e 4, “concordo fortemente”. Valores mais elevados correspondem a uma auto-estima/auto-conceito. Foi utilizada a versão portuguesa validada Antunes & Palmeira (161). A consistência interna deste instrumento foi 0,86 (α de Cronbach).

- Perfil da Auto-Percepção Física (133)

Este questionário de Fox & Corbin é constituído por 30 itens e pretende avaliar a auto-estima e auto-conceito em cinco dimensões físicas do corpo: competência desportiva, condição física, força física, aparência física e auto-estima física/corporal. Apenas a última subescala foi utilizada no presente trabalho. A auto-estima física descreve os sentimentos (alegria, confiança, orgulho) do próprio relativo ao seu “eu físico”. Cada subdivisão é constituída por seis itens. Cada item representa uma ideia relacionada com a percepção corporal, descrita em duas frases com conteúdos contraditórios (e.g. “Algumas pessoas são extremamente confiantes relativamente à sua aparência física” mas “Algumas pessoas não são extremamente confiantes relativamente à sua aparência física”). Depois de escolher a frase que melhor se enquadra com o próprio, o indivíduo tem uma escala dicotómica (“realmente verdade para mim” ou “quase verdade para

mim”), para melhor caracterização do grau de concordância com o conteúdo da frase. Na realidade, trata-se quase de uma escala de Likert com 4 pontos, mas formulada de maneira diferente. Valores mais elevados nas subescalas, correspondem a uma maior auto-valorização física. Foi utilizada a versão portuguesa validada por Fonseca & Fox (162). A consistência interna desta subescala foi 0,80 (α de Cronbach).

- Questionário da Forma Corporal (132)

Este questionário desenvolvido por Cooper é constituído por 34 itens e pretende avaliar a preocupação com a forma do corpo. São colocadas diferentes questões (“Sentiu-se tão mal acerca da sua figura que chorou?”) e o sujeito tem que escolher dentro de uma escala de Likert com 6 pontos, entre 1 (“Nunca”) e 6 (“Sempre”) o que corresponde ao seu caso. Valores mais elevados correspondem a uma maior preocupação com a forma corporal. A consistência interna deste instrumento foi 0,94 (α de Cronbach).

- Questionário da Insatisfação Corporal (163)

Este questionário de Williams e colaboradores consiste na representação gráfica de nove silhuetas femininas de tamanho crescente e pretende avaliar o grau de satisfação com o tamanho corporal do próprio indivíduo. É pedido ao sujeito que escolha a silhueta que melhor representa o seu estado actual e a silhueta que considera “ideal” para si. A discrepância entre as duas silhuetas corresponde ao grau de insatisfação corporal do indivíduo (134). Valores mais elevados traduzem uma maior disparidade entre a forma percebida como real e a imagem ideal e correspondendo a uma maior insatisfação corporal.

6) Questionários relacionados com a qualidade de vida e bem-estar

- Questionário impacto do peso na qualidade de vida (146)

Este questionário desenvolvido por Kolotkin e colaboradores é constituído por 31 itens e pretende avaliar o impacto do peso na qualidade de vida do indivíduo. Para além de uma medida geral, permite também avaliar cinco diferentes dimensões como: função física, auto-estima, vida sexual, constrangimento público e trabalho. Trata-se de uma medida de qualidade de vida relacionada com a saúde, desenvolvida especificamente para doentes com obesidade. Este questionário é uma versão reduzida do trabalho desenvolvido por Kolotkin e colaboradores, com 74 itens (164). Para cada questão o indivíduo tem que escolher numa escala de Likert de 5 pontos, entre 1 (“sempre verdade”) e 5 (“nunca verdade”). Valores mais elevados correspondem a uma menor percepção do impacto do peso/peso excessivo na qualidade de vida, isto é melhor qualidade de vida. Foi utilizada a versão portuguesa posteriormente validada por Engel e colaboradores (165). A consistência interna deste instrumento foi 0,93 (α de Cronbach).

7) Questionários relacionados com a saúde mental

- Inventário de Depressão de Beck I (166)

Este instrumento desenvolvido por Beck e colaboradores, tem 21 itens e foi desenvolvido para classificar a gravidade da depressão de acordo com a definição clínica (167). Trata-se de um questionário amplamente divulgado em contextos clínicos e de investigação. As afirmações descrevem manifestações comuns de depressão, como tristeza, sentimentos de culpa ou ideação suicida. Perante a descrição do sintoma o sujeito tem que se escolher numa escala de Likert de 4 pontos, sendo que “0” corresponde a uma escolha nada sugestiva de depressão e “3” uma opção muito sugestiva de depressão. Depois de calculado o resultado final, o critério para o

diagnóstico clínico de depressão é 15. Foi utilizada a versão portuguesa validada por Cunha (168). A consistência interna deste instrumento foi 0,87 (α de Cronbach).

- Inventário ansiedade estado-traço para adultos (169)

Este instrumento de Spielberger, Gorsuch & Lushene é composto por 40 itens e destina-se a avaliar o nível geral de ansiedade do sujeito e diferenciar entre uma ansiedade localizada no tempo e transitória (estado) ou um traço permanente da personalidade (traço). A cada subescala correspondem 20 itens. Perante as afirmações o sujeito tem que optar numa escala de Likert de 0 “pouco” a 4 “muito”. O resultado final total é obtido de acordo com instruções, pois em alguns itens (10) a pontuação é invertida. Os valores podem variar entre 20 a 80 para cada subescala. Os resultados podem ser apresentados com uma pontuação geral ou para cada subescala, estado e traço. Valores mais elevados correspondem a maiores níveis de ansiedade: 20-29 sem ansiedade, 30-39 ansiedade ligeira, 40-59 ansiedade moderada e 60-80 ansiedade grave. No presente trabalho apenas foi utilizada a subescala “traço”. Foi utilizada a versão portuguesa validada por Silva (170). A consistência interna desta subescala foi 0,92 (α de Cronbach).

Análise Estatística

O tratamento dos dados e as análises estatísticas foram realizados utilizando o programa de estatística *Predictive Analytics SoftWare Statistics* versão 18.0 (PASW 18.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). A caracterização amostra foi feita através de estatística descritiva para os diferentes grupos: média, desvio padrão e valores extremos para as variáveis contínuas e frequência relativa e absoluta para as variáveis categóricas. Foi pesquisada a normalidade da distribuição das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov, histogramas e valores de *kurtosis* e *skewness*. Algumas das variáveis testadas não tinham distribuição normal e mesmo com a transformação (logaritmo natural, raiz quadrada e inversão) não foi possível “normalizar” a distribuição. Como os resultados da estatística paramétrica e a não paramétrica não diferiam significativamente, optou-se

por usar apenas por estatística paramétrica. O grupo de intervenção e grupo de controlo foram comparados relativamente às suas características demográficas. Foi utilizado o teste t para variáveis contínuas e o teste de χ^2 para variáveis categóricas.

O IMC foi calculado com a seguinte equação [peso/ (altura em metros)²] expressa em kg/m². Foi calculada a mudança ponderal absoluta aos 12 e 36 meses através de equação: peso aos 12 ou 36 meses – peso antes de iniciar a intervenção. Valores negativos correspondem a perda de peso e valores positivos correspondem a ganho de peso entre os dois momentos de avaliação. Adicionalmente foi calculada a perda de peso relativamente ao peso inicial sob a forma de percentagem: [(mudança do peso absoluto/peso antes de iniciar a intervenção) x 100].

Foram excluídos os dados de algumas participantes para determinadas variáveis em que estas apresentavam valores extremos (considerados *outliers*) que estavam a afectar os resultados globais. O valor de referência para a identificação de *outliers* foi a presença de valores fora do intervalo da média \pm 3 desvios-padrão. Não foram incluídas nas análises as participantes que foram excluídas durante a duração do estudo (3 anos) por terem perdido a elegibilidade por motivos de saúde: gravidez, menopausa ou medicação com interferência na regulação do peso.

Foram calculadas as taxas de atrito (expressa em percentagem) aos 12 e 36 meses da intervenção e descritas as suas causas num diagrama do tipo CONSORT (171). Foram criadas variáveis dicotómicas relativamente ao atrito nos dois momentos, considerando as participantes que completaram a intervenção e a avaliação aos 12 meses “finalistas aos 12 meses” e que completaram a intervenção e todos os momentos de avaliação até aos 36 meses “finalistas aos 36 meses”. As participantes que não terminaram o programa foram consideradas “não finalistas” ou “desistentes” aos 12 ou 36 meses.

As análises que utilizaram variáveis de mudança de perda de peso foram conduzidas de duas maneiras: uma análise só incluindo as participantes que completarem o programa aos 12 e 36 meses (*per protocol-PP*) e outra seguindo um modelo *intention to treat* (ITT). Nesta segunda análise, os valores em falta para o peso aos 12 e/ou 36 meses, foram imputados com o valor do peso antes do início da intervenção, seguindo o procedimento *baseline observation carried forward* (BOCF). A BOCF é uma das técnicas recomendadas em estudos longitudinais por agências que regulam a

investigação biomédica (172). É um método considerado relativamente “conservador”, podendo subestimar o efeito da intervenção. Esta técnica assenta no pressuposto que o sujeito, após desistir da intervenção, acaba por voltar ao peso com que iniciou o estudo. É amplamente reconhecida a tendência do peso voltar ao inicial após uma perda de peso desencadeada por uma intervenção (18).

Um método também comum em intervenções de controlo do peso é *last observation carried forward*, em que o último valor observado é utilizado para imputar o valor na observação em falta. Alguns autores consideram esta abordagem enviesada e muito “optimista” porque assume que os participantes que desistiram do estudo chegariam ao final do estudo com o peso que apresentaram na última avaliação (173). Quando um participante desiste do estudo, isso já é considerado um marcador de insucesso, porque as desistências muitas vezes prendem-se com a falta de benefício com a intervenção ou efeitos adversos (174). As causas de desistência são detalhadas em diagrama do tipo CONSORT (171) dada a importância de distinção entre causas ligadas à intervenção ou outros motivos. Esta técnica (BOCF) permite maximizar a potência estatística dos testes utilizando dados de um maior número de participantes, minimizando o erro tipo II e com uma protecção aceitável contra o erro do tipo I (39,59). Comparado com outros métodos, este mantém a variabilidade da amostra (comparado com a imputação com média ou mediana ou com equação de regressão) e não sobrestima o efeito do programa utilizando os dados dos indivíduos que permaneceram no programa (possivelmente por terem maior sucesso) para estimar os valores em falta, como na imputação múltipla (175,176). Este método já foi utilizado em estudos com desenhos experimentais semelhantes à intervenção actual (39,59,177,178).

Dada a natureza exploratória deste trabalho foram utilizados diferentes testes e ferramentas estatísticas para detectar associações entre as várias variáveis psicométricas e o sucesso (perda de peso) durante a intervenção. Para averiguar as associações entre as variáveis psicométricas antes do início da intervenção e o peso perdido aos 12 e 36 meses (PP e BOCF), utilizaram-se análises de correlação bivariada de Pearson. São apresentados os coeficientes de correlação (r) e o nível de significância associado (p). Devido à forma como a mudança de peso foi calculada (valores negativos correspondem à perda de peso), um coeficiente de correlação negativo indica uma correlação positiva com a perda de peso. Recorreu-se adicionalmente a análises de regressão linear múltipla, procurando-se identificar variáveis predictoras da perda de peso aos 12 e 36

meses. Estas análises foram efectuadas para a amostra total e para cada grupo em particular (intervenção e comparação) em dois momentos do estudo (12 e 36 meses). Nesta análise foram apenas incluídos os sujeitos que completaram o programa (*per protocol*). Foram consideradas como potenciais preditores as variáveis onde se detectaram associações nas correlações bivariadas com um nível de significância de $p \leq 0,1$. As variáveis foram adicionadas ao modelo de forma “*stepwise*”. Nos modelos para a amostra total a variável do grupo foi forçada no modelo (“*enter*”). São apresentadas para cada variável do modelo o valor coeficiente β estandardizado, quadrado do coeficiente de correlação semi-parcial (sr^2) para modelos com duas ou mais variáveis - proporção da variabilidade da variável dependente que é explicada pelo variável em causa -, coeficiente de determinação ajustado (R^2_{ajust}) - que representa a proporção da variabilidade da variável dependente que é explicada pelo modelo em causa - e o nível de significância associado (p).

Complementarmente utilizou-se o teste t para amostras independentes para fazer a comparação das variáveis psicossociais entre participantes finalistas aos 12 e 36 meses com as participantes que não completaram o programa. Desta forma podem ser identificadas as variáveis predictoras de atrito. A desistência da intervenção é considerada por alguns autores com um marcador de insucesso e já foi associada a um perfil psicológico menos favorável para perda de peso (59,174). São apresentadas as médias para cada variável psicossocial nos dois grupos e o nível de significância associado (p). Utilizaram-se também análises de regressão logística para predizer a classificação em finalista ou desistente com base nas variáveis psicossociais avaliadas antes de iniciar a intervenção. Foram consideradas como potenciais preditores as variáveis onde se detectaram diferenças entre os grupos (finalista e não finalista) com um nível de significância de $p \leq 0,1$. As variáveis foram introduzidas em “*stepwise forward*”, pois esta é a técnica recomendada em estudos exploratórios (179). Foram criados modelos para cada grupo (intervenção e comparação) e para a amostra nos dois momentos do estudo (12 e 36 meses). São apresentados os valores de p e χ^2 para cada modelo e respectiva percentagem de classificação correcta.

Nas análises de correlação bivariadas e regressão linear múltipla, as variáveis dependentes (mudança do peso aos 12 e 36 meses) foram utilizadas na sua forma “residualizada” em função do peso antes de iniciar a intervenção. O valor final do peso aos 12 e 36 meses foi ajustado ao peso inicial (0 meses). Este método é preferível a uma

simples subtração, que contém a variância devido ao valor inicial e por isso não é independente da mesma. O peso “residual” aos 12 e 36 meses representa então uma medida da perda de peso no referido período mas sem influência estatística do peso inicial (180).

Foi calculada a consistência interna para todas as escalas psicométricas utilizadas para a presente amostra (α de Cronbach).

O nível de significância para todos os testes estatísticos foi estabelecido em $p \leq 0,05$ ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Iniciaram o programa 221 mulheres, entre os 23 e 50 anos de idade. O IMC mínimo foi de 24 e o máximo de 43 kg/m². Um total de 138 mulheres foram classificadas na categoria de obesidade (IMC > 30 kg/m²). Mais de metade eram casadas e tinham frequência de Ensino Superior. A caracterização mais detalhada da amostra está representada nas Tabelas V e VI. São apresentados dados para a amostra total e em separado para o grupo de intervenção e controlo. Não se observaram diferenças entre estas características iniciais do grupo de intervenção e controlo (teste t e χ^2 , p>0,05).

Tabela V – Caracterização da amostra (variáveis contínuas)

	Amostra Total n=221	Grupo de Intervenção n=111	Grupo de Controlo n=110
	M±DP	M±DP	M±DP
Idade (anos)	37,6±6,98	38,1±6,99	37,1±6,95
Peso (kg)	81,9±11,95	82,3±11,95	81,4±11,99
Altura (metros)	1,61±0,06	1,61±0,06	1,61±0,06
IMC (kg/m ²)	31,6±4,13	31,9±4,21	31,2±4,04

M, média; DP; desvio padrão; IMC; índice de massa corporal;

Completaram as avaliações 184 e 153 participantes, aos 12 e 36 meses respectivamente. As principais razões conhecidas para desistência foram “limitação de tempo/financeira” e “mudança de domicílio”. Das 68 mulheres que não terminaram o programa aos 36 meses, não foi possível apurar a causa da desistência em 45 casos (“razão desconhecida”). O diagrama de participação no estudo está representado na Figura 3.

Tabela VI – Caracterização da amostra (variáveis categóricas)

	Amostra Total n=221	Grupo de Intervenção n=111	Grupo de Controlo n=110
Estado Civil			
Casada	54%	54%	54%
Divorciada ou viúva	11%	14%	9%
Solteira	35%	32%	37%
Habilitações Literárias			
Frequência de Ensino Superior	67%	67%	68%
Não frequência de Ensino Superior	33%	33%	32%
Categoria de IMC			
Peso normal	3%	4%	2%
Excesso de peso	35%	32%	37%
Obesidade	62%	64%	61%

IMC, índice de massa corporal;

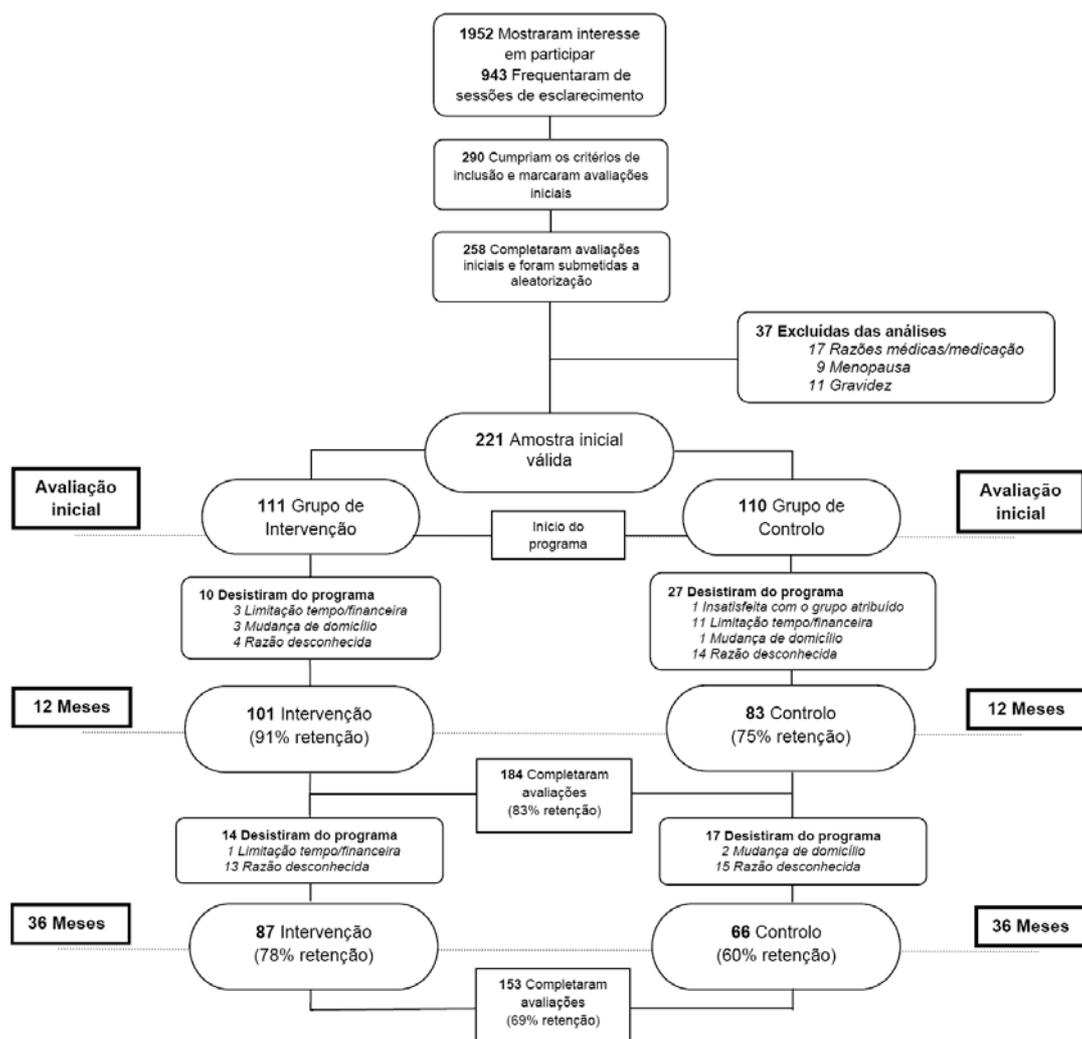


Figura 3 – Diagrama de participação no estudo

Efeitos do tratamento

A mudança de peso aos 12 meses variou entre -22 kg e 8 kg. Aos 36 meses, perda máxima de peso foi de -19 kg e ganho máximo foi de 10 kg. As diferenças individuais de peso aos 12 e 36 meses estão representados na Figura 4, separadamente para o grupo de intervenção e para o grupo de controlo. Em média as participantes perderam 4 kg ($-3,99 \pm 5,28$ kg) aos 12 meses, embora 39 tenham aumentado de peso (9 do grupo de intervenção e 30 do grupo de controlo) e três não tiveram qualquer perda de peso. A alteração média do peso no grupo de intervenção foi de $-6,03 \pm 5,29$ kg. No grupo de comparação a mudança do peso foi $-1,50 \pm 4,06$ kg aos 12 meses.

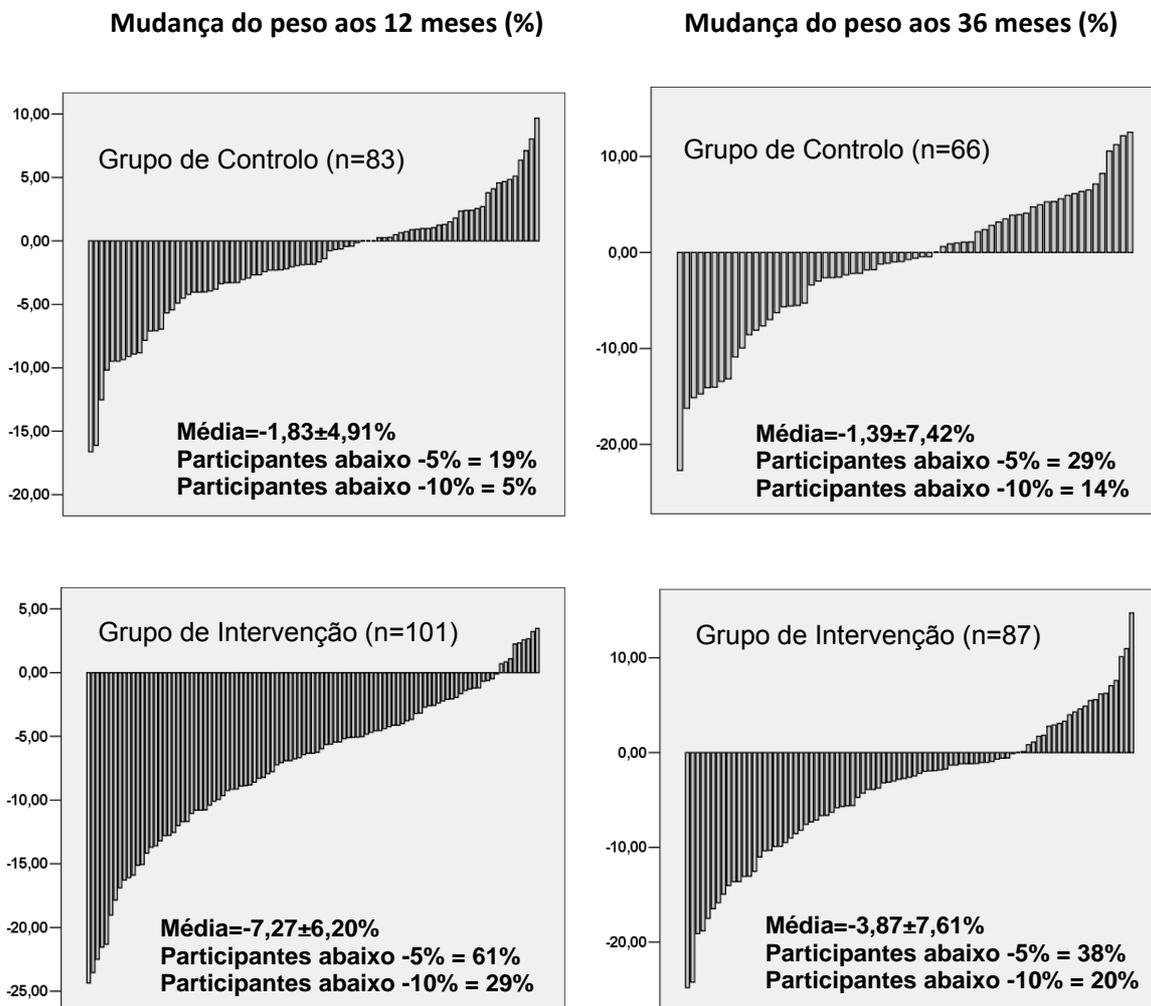


Figura 4 – Mudança do peso aos 12 e 36 meses por grupo

Aos 36 meses, houve uma perda média de 2 kg ($-2,19 \pm 6,03$ kg) mas 50 mulheres (22 do grupo de intervenção e 28 do grupo de controlo) aumentaram o seu peso em relação ao valor antes de iniciar o programa, três anos atrás. Dentro destas 50 participantes, 35 conseguiram perder peso nos primeiros 12 meses, mas durante o período de seguimento recuperaram o peso que perderam para além do seu valor inicial.

Preditores da perda de peso

Correlações bivariadas aos 12 meses

Os resultados das correlações bivariadas entre mudança do peso no final da intervenção (peso residual aos 12 meses) e variáveis psicossociais estão representados nas Tabela VII e VIII. Foram feitas análises para os finalistas aos 12 meses (PP) e também utilizando os dados de todos os participantes que iniciaram a intervenção (ITT), utilizando o método de imputação BOCF para o peso aos 12 meses dos participantes desistentes. São apresentados em diferentes tabelas os resultados para o grupo de intervenção (Tabela VII) e grupo de controlo (Tabela VIII). Devido à forma como foi calculada a perda de peso (perda de peso é representada por um valor negativo), um coeficiente de correlação negativo representa uma associação positiva com a perda de peso.

Para o grupo de intervenção, uma maior perda de peso aos 12 meses associou-se a um menor número de dietas no ano anterior e marginalmente a uma maior auto-eficácia para a alimentação. Na análise ITT, apenas a associação com o número de dietas no anterior manteve significância.

Para o grupo de controlo uma maior perda de peso aos 12 meses relacionou-se com o *locus* de controlo para o peso mais interno e marginalmente a uma menor auto-estima física. Em análises ITT, estas relações permaneceram com o nível de significância encontrado nas análises PP (*locus* de controlo para o peso e auto-estima física).

Tabela VII – Correlações bivariadas entre a mudança do peso aos 12 meses e variáveis psicossociais para o grupo de intervenção

Variável psicossocial	Peso 12m n=98-101		Peso 12m BOCF n=108-111	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Historial de tentativas de perda de peso				
Número de dietas no ano anterior ^a	0,27	0,015	0,27	0,010
Exercício				
Auto-eficácia para o exercício	-0,16	0,117	-0,12	0,221
Percepção de barreiras para o exercício	0,02	0,869	-0,01	0,981
Comportamento alimentar				
Auto-eficácia para alimentação	-0,18	0,077	-0,08	0,422
Desinibição alimentar	0,15	0,131	0,07	0,440
Restrição alimentar	-0,06	0,533	-0,02	0,403
Tendência para a bulimia	-0,02	0,869	-0,01	0,890
Alimentação externa	0,05	0,612	0,01	0,886
Alimentação emocional	0,11	0,264	0,04	0,667
Expectativas e motivação				
Expectativas de perda de peso ^b	0,04	0,682	0,01	0,903
Avaliação de resultados da intervenção ^b	-0,05	0,615	-0,08	0,410
Auto-motivação	0,09	0,357	0,03	0,798
Locus de controlo para o peso (interno)	0,04	0,716	0,04	0,693
Auto-determinação	0,04	0,698	0,05	0,646
Auto-conceito				
Auto-estima	0,00	0,991	-0,02	0,824
Auto-estima física	0,04	0,732	0,04	0,707
Preocupação com a figura corporal	0,02	0,808	0,04	0,706
Insatisfação com a figura corporal	-0,09	0,390	-0,08	0,414
Qualidade vida				
Qualidade de vida associada ao peso	0,09	0,375	0,09	0,346
Saúde mental				
Depressão	0,01	0,951	-0,01	0,910
Ansiedade	0,04	0,721	0,05	0,632

r, coeficiente de correlação; *p*, nível de significância; BOCF, baseline observation carried forward; ^a, n=84 e n=93 (BOCF); ^b valores mais elevados correspondem a expectativas/avaliação de resultados menos exigentes;

Tabela VIII – Correlações bivariadas entre a mudança do peso aos 12 meses e variáveis psicossociais para o grupo de controlo

Variável psicossocial	Peso 12m n=81-83		Peso 12m BOCF n=105-109	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Historial de tentativas de perda de peso				
Número de dietas no ano anterior ^a	-0,12	0,375	-0,05	0,653
Exercício				
Auto-eficácia para o exercício	-0,07	0,526	-0,04	0,712
Percepção de barreiras para o exercício	-0,01	0,939	0,00	0,993
Comportamento alimentar				
Auto-eficácia para alimentação	-0,10	0,354	-0,12	0,220
Desinibição alimentar	-0,04	0,751	0,02	0,827
Restrição alimentar	0,04	0,738	0,01	0,919
Tendência para a bulimia	-0,13	0,250	-0,03	0,777
Alimentação externa	-0,05	0,629	-0,02	0,830
Alimentação emocional	-0,08	0,454	-0,02	0,862
Expectativas e motivação				
Expectativas de perda de peso ^b	0,01	0,942	-0,12	0,224
Avaliação de resultados da intervenção ^b	0,04	0,716	-0,02	0,819
Auto-motivação	0,14	0,205	-0,14	0,491
<i>Locus</i> de controlo para o peso (interno)	-0,25	0,022	-0,22	0,027
Auto-determinação	0,01	0,930	0,01	0,963
Auto-conceito				
Auto-estima	-0,04	0,751	-0,04	0,689
Auto-estima física	0,20	0,077	0,16	0,092
Preocupação com a figura corporal	0,05	0,633	0,01	0,906
Insatisfação com a figura corporal	-0,08	0,504	0,01	0,963
Qualidade vida				
Qualidade de vida associada ao peso	0,16	0,160	0,06	0,519
Saúde mental				
Depressão	-0,06	0,604	-0,05	0,634
Ansiedade	0,13	0,909	-0,01	0,989

r, coeficiente de correlação; *p*, nível de significância; BOCF, baseline observation carried forward; ^a n=62 e n=84 (BOCF); ^b valores mais elevados correspondem a expectativas/avaliação de resultados menos exigentes;

Correlações bivariadas aos 36 meses

As correlações bivariadas entre a mudança do peso aos 36 meses (peso residual) e variáveis psicossociais estão representados nas Tabela IX e X. De forma semelhante ao realizado para os 12 meses, foi feita uma análise PP e outra ITT. Os resultados para o grupo de intervenção são apresentados na Tabela IX e para o grupo de controlo na Tabela X.

Para o grupo de intervenção foram encontrados vários correlatos de perda de peso aos 36 meses. Uma melhor qualidade de vida associada ao peso, avaliações e expectativas de resultados menos exigentes, uma maior auto-estima e uma menor desinibição alimentar associaram-se a uma maior perda de peso no fim do período de seguimento. Note-se que as expectativas e avaliação de resultados representam a percentagem do peso actual da participante, sendo que valores mais elevados representam expectativas/avaliações menos exigentes e mais perto do peso inicial. Mais sintomas depressivos correlacionaram-se marginalmente com menos perda de peso. Em análises ITT, apenas a desinibição alimentar manteve uma associação significativa. Surgiram no entanto outras variáveis novas, como o número de dietas anteriores e tendência para alimentação externa com correlações marginais com a perda de peso.

Para o grupo de controlo, variáveis ligadas ao exercício, *locus* de controlo para o peso e auto-determinação associaram-se com a perda de peso aos 36 meses. Uma maior auto-eficácia e menor percepção de barreiras para o exercício, *locus* de controlo para o peso mais interno e maior auto-determinação antes de iniciar o programa foram predictoras de melhores resultados no final dos três anos. Houve a tendência para maiores níveis de ansiedade se relacionarem com menos sucesso no controlo do peso. Nas análises com todas as participantes que iniciaram o estudo, apenas se encontrou uma associação marginal com *locus* de controlo do peso, tendo as restantes variáveis perdido significância estatística.

Tabela IX – Correlações bivariadas entre mudança do peso aos 36 meses e variáveis psicossociais para o grupo de intervenção

Variável psicossocial	Peso 36m n=84-87		Peso 36m BOCF n=107-110	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Historial de tentativas de perda de peso				
Número de dietas no ano anterior ^a	0,13	0,276	0,20	0,054
Exercício				
Auto-eficácia para o exercício	0,01	0,931	-0,04	0,645
Percepção de barreiras para o exercício	0,07	0,485	0,13	0,170
Comportamento alimentar				
Auto-eficácia para alimentação	-0,13	0,225	-0,13	0,174
Desinibição alimentar	0,25	0,020	0,20	0,036
Restrição alimentar	-0,09	0,403	0,00	0,995
Tendência para a bulimia	0,11	0,328	0,13	0,181
Alimentação externa	0,16	0,129	0,17	0,079
Alimentação emocional	0,12	0,264	0,14	0,151
Expectativas e motivação				
Expectativas de perda de peso ^b	-0,21	0,047	-0,13	0,169
Avaliação de resultados da intervenção ^b	-0,23	0,032	-0,21	0,032
Auto-motivação	-0,01	0,974	-0,07	0,447
Locus de controlo para o peso (interno)	0,03	0,815	0,02	0,857
Auto-determinação	-0,04	0,706	-0,02	0,856
Auto-conceito				
Auto-estima	-0,28	0,010	-0,13	0,184
Auto-estima física	0,03	0,785	0,02	0,812
Preocupação com a figura corporal	0,16	0,133	0,12	0,206
Insatisfação com a figura corporal	0,15	0,173	0,11	0,249
Qualidade vida				
Qualidade de vida associada ao peso	-0,25	0,021	-0,16	0,102
Saúde mental				
Depressão	0,19	0,085	0,07	0,478
Ansiedade	0,07	0,499	-0,01	0,928

r, coeficiente de correlação; *p*, nível de significância; BOCF, baseline observation carried forward; ^a n=71 e n=92 (BOCF); ^b valores mais elevados correspondem a expectativas/avaliação de resultados menos exigentes;

Tabela X – Correlações bivariadas entre mudança do peso aos 36 meses e variáveis psicossociais para o grupo de controlo

Variável psicossocial	Peso 36m n=64-66		Peso 36m BOCF n=105-109	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Historial de tentativas de perda de peso				
Número de dietas no ano anterior	0,05	0,776	0,03	0,760
Exercício				
Auto-eficácia para o exercício	-0,32	0,008	-0,12	0,198
Percepção de barreiras para o exercício	0,27	0,026	0,10	0,300
Comportamento alimentar				
Auto-eficácia para alimentação	0,08	0,531	0,11	0,270
Desinibição alimentar	0,09	0,455	0,12	0,208
Restrição alimentar	0,03	0,799	0,02	0,867
Tendência para a bulimia	-0,04	0,739	-0,01	0,894
Alimentação externa	0,09	0,468	0,06	0,521
Alimentação emocional	0,12	0,319	0,14	0,147
Expectativas e motivação				
Expectativas de perda de peso ^a	0,14	0,262	-0,09	0,382
Avaliação de resultados da intervenção ^a	0,05	0,676	0,03	0,781
Auto-motivação	-0,08	0,517	-0,14	0,156
Locus de controlo para o peso (interno)	-0,26	0,041	-0,17	0,085
Auto-determinação	-0,29	0,020	-0,04	0,721
Auto-conceito				
Auto-estima	0,09	0,496	0,08	0,383
Auto-estima física	0,02	0,871	0,11	0,269
Preocupação com a figura corporal	0,07	0,602	-0,07	0,492
Insatisfação com a figura corporal	0,12	0,332	0,14	0,161
Qualidade vida				
Qualidade de vida associada ao peso	0,01	0,980	0,05	0,628
Saúde mental				
Depressão	0,13	0,296	0,01	0,985
Ansiedade	0,21	0,093	0,04	0,696

r, coeficiente de correlação; *p*, nível de significância; BOCF, baseline observation carried forward; ^a valores mais elevados correspondem a expectativas/avaliação de resultados menos exigentes;

Análises de regressão múltipla

Foi feita uma análise adicional recorrendo à regressão múltipla. Foram utilizadas todas as variáveis independentes com nível de significância igual ou inferior a 0,1 nas correlações bivariadas, que foram introduzidas de forma “*stepwise*”. As variáveis introduzidas, bem como os modelos criados são específicos para cada momento de avaliação (12 e 36 meses), para a amostra total, grupo de intervenção e grupo de controlo. As análises para a amostra total foram repetidas forçando a entrada da variável grupo (intervenção ou controlo) no modelo

Na Tabela XI estão representados os modelos de predição da perda de peso relativos ao grupo de intervenção. Aos 12 meses, a auto-eficácia para alimentação e número de dietas anteriores explicaram 11% da variância da mudança do peso. Aos 36 meses, o modelo preditor da perda de peso incluiu a auto-estima e avaliação de resultados da intervenção com o R^2 ajustado de 0,113. Os outros correlatos encontrados nas análises bivariadas não foram significativos nas análises multivariadas (qualidade de vida associada ao peso, expectativas de resultados da intervenção, desinibição alimentar e depressão).

Tabela XI – Modelo preditivo da perda de peso aos 12 e 36 meses no grupo de intervenção

Preditores	β	<i>p</i>	<i>sr</i>² %	R^2 ajust	<i>SEE</i>
12 meses					
Auto-eficácia para alimentação	-0,251	0,019	6,1		
Número de dietas no ano anterior	0,227	0,033	5,0		
<i>modelo total</i>		0,003		0,110	0,964
36 meses					
Auto-estima	-0,292	0,006	8,5		
Avaliação de resultados da intervenção ^a	-0,218	0,038	4,8		
<i>modelo total</i>		0,003		0,113	0,946

*β , coeficiente beta estandarizado; *p*, nível de significância; *sr*², quadrado do coeficiente correlação semi-parcial; R^2 ajust, coeficiente de determinação; *SEE*, erro padrão da estimativa; ^a valores mais elevados correspondem a expectativas/avaliação de resultados menos exigentes;*

Os modelos preditivos para o grupo de controlo estão descritos na Tabela XII. Aos 12 meses, o *locus* de controlo para o peso foi a única variável identificada no modelo, com R^2 ajustado de 0,06. A auto-estima física, com uma correlação apenas marginal nas análises bivariadas não entrou no modelo. O modelo aos 36 meses incluiu somente a auto-eficácia para o exercício. As restantes variáveis identificadas pela correlação de Pearson não contribuíram de forma significativa para o modelo (percepção de barreiras para o exercício, *locus* de controlo para o peso, auto-determinação e ansiedade).

Tabela XII – Modelo preditivo da perda de peso aos 12 e 36 meses no grupo de controlo

Preditores	β	<i>p</i>	R^2 ajust	<i>SEE</i>
12 meses				
<i>Locus</i> de controlo para o peso (interno)	-0,260	0,019	0,056	0,953
36 meses				
Auto-eficácia para o exercício	-0,331	0,007	0,095	0,942

*β , coeficiente beta estandarizado; *p*, nível de significância; R^2 ajust, coeficiente de determinação; *SEE*, erro padrão da estimativa;*

Para a amostra total, a auto-eficácia para a alimentação foi a única variável que entrou aos 12 meses, mesmo controlando para o grupo (Tabela XIII). A significância dos modelos variou entre 0,008 e 0,016, explicando 4% da variação do peso. A variável número de dietas no ano anterior, apesar de se ter correlacionado marginalmente ($r=0,148$, $p=0,078$) com a mudança de peso aos 12 meses, não entrou no modelo (dados não mostrados). Na amostra geral, aos 36 meses, a desinibição alimentar foi a única variável que entrou no modelo. Quando se controlou para o grupo, esta variável deixou de ser significativa e apenas a alimentação externa fez parte do modelo. Não foram incluídos nos modelos a variável depressão, embora esta tivesse sido associada à mudança do peso ($r=0,160$, $p=0,048$) aos 36 meses para a amostra total (dados não mostrados).

Tabela XIII – Modelo preditivo da perda de peso aos 12 e 36 meses para amostra total

Preditores	β	<i>p</i>	<i>sr</i>² %	<i>R</i>² ajust	<i>SEE</i>
12 meses					
<i>Modelo 1</i>					
Auto-eficácia para alimentação	-0,219	0,008		0,041	0,956
<i>Modelo 2</i>					
Grupo	0,093	0,257	0,9		
Auto-eficácia para alimentação	-0,210	0,011	4,4		
<i>modelo total</i>		0,016		0,043	0,955
36 meses					
<i>Modelo 1</i>					
Desinibição alimentar	0,197	0,034		0,030	0,995
<i>Modelo 2</i>					
Grupo	0,134	0,146	1,8		
Alimentação externa	0,183	0,048	3,3		
<i>modelo total</i>		0,056		0,033	0,994

*β , coeficiente beta estandarizado; *p*, nível de significância; *sr*², quadrado do coeficiente correlação semi-parcial; *R*² ajust, coeficiente de determinação; *SEE*, erro padrão da estimativa;*

Preditores de atrito

Comparação entre finalistas e desistentes (teste t)

Na Tabela XIV a XVI estão descritas as características dos finalistas do programa e dos desistentes aos 12 e 36 meses (grupo de intervenção, grupo de controlo e amostra total).

Para o grupo de intervenção (Tabela XIV), as participantes que desistiram antes dos 12 meses tinham uma maior auto-eficácia para a alimentação e uma menor desinibição alimentar. Aos 36 meses, as desistentes tinham uma avaliação de resultados mais exigentes no início do programa, em comparação com as mulheres que completaram o período de seguimento.

Tabela XIV – Comparação entre o grupo de finalistas e não finalistas aos 12 e 36 meses para o grupo de intervenção

Variável psicossocial	Finalistas 12m n= 101	Não finalistas 12m n= 10	Finalistas 36m n= 87	Não finalistas 36m n= 24
	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP
Historial de tentativas de perda de peso				
Número de dietas no ano anterior	1,18±1,30	1,22±0,83	1,11±1,17	1,41±1,53
Exercício				
Auto-eficácia para o exercício	39,7±5,24	40,2±6,60	39,6±5,25	40,3±5,74
Percepção de barreiras para o exercício	29,1±6,82	28,2±3,52	29,2±6,95	28,2±5,08
Comportamento alimentar				
Auto-eficácia para alimentação	117,7±37,96	147,30±28,37 *	119,4±39,40	123,88±33,28
Desinibição alimentar	9,66±3,46	7,20±4,34 *	9,66±3,60	8,67±3,51
Restrição alimentar	10,3±3,74	11,9±3,54	10,2±3,79	11,4±3,49
Tendência para a bulimia	1,92±2,60	1,70±2,83	1,66±2,33	2,79±3,34
Alimentação externa	2,99±0,60	2,75±0,70	2,96±0,61	3,03±0,63
Alimentação emocional	3,05±0,87	2,60±0,95	3,01±0,88	3,01±0,88
Expectativas e motivação				
Expectativas de perda de peso ^a	81,5±7,17	76,9±8,19 #	81,6±7,16	79,3±7,88
Avaliação de resultados da intervenção ^a	85,7±6,45	82,4±5,91	86,3±6,33	82,1±5,89 **
Auto-motivação	148,6±15,65	141,9±18,71	148,9±14,80	144,5±19,57
Locus de controlo para o peso (interno)	51,4±6,38	52,1±11,72	52,56±6,51	51,70±8,29
Auto-determinação	36,0±6,08	36,8±9,00	36,2±5,90	35,6±7,87
Auto-conceito				
Auto-estima	32,8±4,82	31,9±7,00	33,0±4,48	31,8±6,66
Auto-estima física	11,2±3,44	11,70±4,60	11,4±3,50	10,88±3,71
Preocupação com a figura corporal	102,0±26,32	107,5±31,15	100,3±26,26	110,5±27,21 #
Insatisfação com a figura corporal	2,54±0,76	2,70±1,16	2,49±0,74	2,79±0,98
Qualidade de vida				
Qualidade de vida associada ao peso	75,4±14,68	73,2±15,61	76,5±13,28	70,6±18,52 #
Saúde mental				
Depressão	7,94±6,27	7,20±6,8	7,56±6,00	9,00±7,3
Ansiedade	40,0±10,32	41,2±11,21	39,9±9,86	40,8±12,25

$p \leq 0,1$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; M, média; DP; desvio padrão; ^a valores mais elevados correspondem a expectativas/avaliação de resultados menos exigentes;

Para o grupo de controlo (Tabela XV), as participantes que terminaram a intervenção aos 12 meses tinham uma menor desinibição alimentar e tendência para a bulimia. Adicionalmente, tinham também uma menor preocupação com a figura corporal.

Tabela XV – Comparação entre o grupo de finalistas e não finalistas aos 12 e 36 meses para o grupo de controlo

Variável psicossocial	Finalistas 12m n= 83	Não finalistas 12m n= 27	Finalistas 36m n= 66	Não finalistas 36m n= 44
	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP
Historial de tentativas de perda de peso				
Número de dietas no ano anterior	0,97±0,97	1,30±1,10	1,00±0,98	1,08±0,18
Exercício				
Auto-eficácia para o exercício	39,0±4,89	40,6±4,6	39,0±5,00	40,0±4,58
Percepção de barreiras para o exercício	30,1±6,89	29,1±8,18	29,6±30,34	30,3±7,43
Comportamento alimentar				
Auto-eficácia para alimentação	124,0±31,10	114,0±39,38	124,2± 31,02	117,7±36,74
Desinibição alimentar	8,7±3,03	10,1±3,44 *	8,56±3,08	9,70±3,23 #
Restrição alimentar	10,6±4,08	9,78±4,63	10,7±4,24	9,98±4,19
Tendência para a bulimia	1,65±2,52	3,00±3,15 *	1,39±2,37	2,86±3,04 **
Alimentação externa	3,00±0,61	3,05±0,44	2,96±0,58	3,10±0,56
Alimentação emocional	2,87±0,93	3,21±0,98 #	2,79±0,87	3,20±1,02 *
Expectativas e motivação				
Expectativas de perda de peso ^a	83,7±6,43	81,3±5,79 #	84,7±6,04	80,7±6,07 **
Avaliação de resultados da intervenção ^a	87,4±4,08	86,2±4,41	87,7±4,08	86,5±4,19
Auto-motivação	146,1±16,61	143,0±22,82	146,2±17,03	144,0±20,10
Locus de controlo para o peso (interno)	52,0±6,43	50,6±8,31	51,8±6,41	51,4±7,65
Auto-determinação	36,1±5,70	36,0±5,15	36,0±5,86	36,3±5,11
Auto-conceito				
Auto-estima	32,6±4,23	31,3±5,33	32,6±4,10	31,9±5,14
Auto-estima física	10,8±3,48	10,4±3,10	10,8±3,40	10,5±3,38
Preocupação com a figura corporal	99,4±25,36	112,0±24,6 *	98,6±25,26	108,3±25,41 #
Insatisfação com a figura corporal	2,56±0,77	2,63±0,74	2,51±0,79	2,67±0,71
Qualidade vida				
Qualidade de vida associada ao peso	75,3±13,83	70,6±14,76	75,7±13,35	75,7±13,35
Saúde mental				
Depressão	7,67±6,80	9,41±7,25	7,59±6,71	8,86±7,24
Ansiedade	40,7±10,73	44,0±11,55	41,0±10,24	42,9±11,83

$p \leq 0,1$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; M, média; DP; desvio padrão; ^a valores mais elevados correspondem a expectativas/avaliação de resultados menos exigentes;

Tabela XVI – Comparação entre o grupo de finalistas e não finalistas aos 12 e 36 meses para a amostra total

Variável psicossocial	Finalistas 12m n= 181	Não finalistas 12m n= 37	Finalistas 36m n= 151	Não finalistas 36m n= 67
	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP
Historial de tentativas de perda de peso				
Número de dietas no ano anterior	1,09±1,17	1,28±1,02	1,07±1,09	1,25±1,27
Exercício				
Auto-eficácia para o exercício	39,4±5,08	40,5±5,11	39,3±5,14	40,1±4,98
Percepção de barreiras para o exercício	29,6±6,85	28,8±7,18	29,4±6,99	29,6±6,73
Comportamento alimentar				
Auto-eficácia para alimentação	120,6±35,08	123,0±39,32	121,5±35,99	119,9±35,43
Desinibição alimentar	9,22±3,30	9,30±3,86	9,18±3,42	9,34±3,34
Restrição alimentar	10,5±3,89	10,3±4,42	10,4±3,98	10,5±3,99
Tendência para a bulimia	1,80±2,56	2,65±3,08 #	1,54±2,34	2,84±3,12 *
Alimentação externa	3,00±0,60	2,97±0,53	2,96±0,59	3,07±0,58
Alimentação emocional	2,97±0,90	3,05±1,00	2,91±0,88	3,13±0,97
Expectativas e motivação				
Expectativas de perda de peso ^a	82,5±6,91	80,1±6,70 #	82,9±6,85	80,2±6,73 **
Avaliação de resultados da intervenção ^a	86,5±5,55	85,6±5,19	86,9±5,50	84,9±5,27 *
Auto-motivação	147,4±16,10	142,7±21,54	147,7±15,82	144,2±19,77
Locus de controlo para o peso (interno)	52,2±6,39	51,0±9,19	52,3±6,46	51,5±7,82
Auto-determinação	36,0±5,89	36,2±6,29	36,1±5,86	36,0±6,18
Auto-conceito				
Auto-estima	32,74±4,55	31,46±5,73	32,83±4,31	31,85±5,67
Auto-estima física	11,0±3,46	10,8±3,55	11,2±3,46	10,6±3,48
Preocupação com a figura corporal	100,8±25,86	110,8±26,16 *	99,6±25,76	109,1±25,88 *
Insatisfação com a figura corporal	2,55±0,77	2,65±0,86	2,50±0,76	2,72±0,81 #
Qualidade vida				
Qualidade de vida associada ao peso	75,3±14,27	71,3±14,82	76,1±13,27	71,4±16,25 *
Saúde mental				
Depressão	7,82±6,50	8,81±7,11	7,58±6,29	8,91±7,21
Ansiedade	40,3±10,49	42,5±11,33	40,0±9,99	42,2±11,92

$p \leq 0,1$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; M, média; DP; desvio padrão; ^a valores mais elevados correspondem a expectativas/avaliação de resultados menos exigentes;

Aos 36 meses, uma avaliação de resultados mais exigente, maior alimentação emocional e tendência para a bulimia, foram preditores de atrito ($p \leq 0,01$). A tendência para a bulimia manteve o seu papel preditor também aos 36 meses.

Os resultados para amostra total estão descritos na Tabela XVI. As participantes que desistiram antes do final da intervenção (12 meses) tinham uma maior preocupação com a figura corporal. As mulheres que compareceram à avaliação 2 anos após o final do programa (36 meses) tinham uma menor preocupação corporal, melhor qualidade de vida associada ao peso, avaliação de resultados e expectativas menos exigentes e menor tendência para a bulimia. As mulheres que não completaram o programa tinham objectivos de perda de peso mais optimistas durante os 12 meses da intervenção (perda de 20 % do peso corporal) em comparação com as que terminaram o programa aos 36 meses (perda de 17%). O seu “peso aceitável”/”feliz” das participantes era 2% menor em relação às mulheres que foram finalistas. Uma pior imagem corporal foi marcadora de atrito aos 36 meses, por uma maior preocupação e uma tendência para uma maior insatisfação com a imagem corporal.

Regressão Logística

Esta técnica foi utilizada para prever a desistência ou não do programa às 12 e 26 meses para ambos os grupos e amostra geral. No grupo de intervenção o melhor modelo para prever o *status* de finalista aos 12 meses incluiu a auto-eficácia para a alimentação ($B=-0,026$, $p=0,019$) e a avaliação de resultados da intervenção ($B=0,098$, $p=0,052$). Este modelo teve uma sensibilidade elevada (nenhum verdadeiro finalista foi colocado no grupo de desistentes) mas com uma especificidade muito reduzida: 9 (90%) dos 10 desistentes foram classificados como finalistas. ($\chi^2=10,40$, $p=0,007$). Aos 36 meses apenas as expectativas de resultados entraram no modelo ($B=0,099$, $p=0,006$). A sensibilidade para classificar correctamente os finalistas foi 96%, enquanto todos os 24 desistentes foram mal classificados como tendo terminado a intervenção. ($\chi^2=7,836$, $p=0,005$). A percentagem de participantes bem classificados foi de 91,9% aos 12 meses e 75,0% aos 36 meses.

No grupo de controlo, a tendência para a bulimia ($B=-0,161$, $p=0,034$) foi a única variável do modelo aos 12 meses ($\chi^2=4,519$, $p=0,034$), com uma sensibilidade de 96% e

uma especificidade de apenas 4%. As expectativas de resultados ($B=0,108$ $p=0,002$), à semelhança do grupo de intervenção, entraram no modelo aos 36 meses ($\chi^2=11,073$, $p=0,001$). Onze (17%) dos 66 finalistas foram mal classificados como desistentes e 18 (59%) dos 44 desistentes foram mal classificados como finalistas. A percentagem de participantes bem classificados foi de 73,6% aos 12 meses e 66,4% aos 36 meses.

Para a amostra total, apenas a preocupação com a figura corporal ($B=-0,014$, $p=0,041$) entrou no modelo aos 12 meses ($\chi^2=4,219$, $p=0,040$). Embora tenha tido uma sensibilidade de 100% para identificar os finalistas, nenhum dos 37 desistentes foi bem classificado. O modelo aos 36 meses incluiu a tendência para a bulimia ($B=-0,184$, $p=0,001$) e classificou correctamente 95% dos finalistas mas apenas 12% dos desistentes ($\chi^2=11,132$, $p=0,001$). A percentagem de participantes bem classificados foi de 83,2% aos 12 meses e 69,7% aos 36 meses.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O objectivo deste trabalho foi realizar uma análise exploratória da relação entre as características individuais e o sucesso num programa comportamental para o controlo do peso. O sucesso nesta intervenção foi avaliado pelo peso perdido no final da intervenção de 12 meses e após dois anos de seguimento (36 meses). Adicionalmente, não desistir do programa foi também considerado um marcador de sucesso. As variáveis psicossociais avaliadas neste trabalho já foram estudadas por outros autores e a evidência actual encontra-se sumarizada sob a forma de artigo de revisão (28,30). Foram identificadas características relacionadas com a auto-eficácia, imagem corporal, qualidade de vida, expectativas de resultados, história de tentativas de perda de peso, auto-estima, *locus* de controlo, comportamento alimentar e saúde mental. No presente estudo, todas as variáveis que se associaram com um menor sucesso e atrito já foram previamente identificadas em estudos anteriores.

Preditores de sucesso no grupo de intervenção aos 12 meses

A auto-eficácia para a alimentação e o número de dietas no ano anterior associaram-se a uma maior perda de peso aos 12 meses na direcção esperada. Uma maior auto-eficácia e menor número de dietas no ano anterior relacionaram-se com uma maior perda de peso aos 12 meses.

A história anterior de tentativas de perdas de peso é um das variáveis mais estudadas e frequentemente encontrada como moderadora de insucesso (29,30). Os achados do presente trabalho estão de acordo com a literatura actual (41,42,48,49,58-61). A associação encontrada nesta amostra é moderada ($r=0,27$), segundo os valores de corte para as ciências sociais proposta por Cohen (181). Na análise de regressão, esta característica explicou, só por si, 5% da variância do peso num modelo com auto-eficácia para alimentação (R^2 ajustado total=11%). Este valor é semelhante ao encontrado por Teixeira e colaboradores (6%) num modelo com outras variáveis relacionadas com história do peso, auto-motivação e percepção de barreiras para o exercício (R^2 total=28%) (58). Em análises ITT aos 36 meses, esta variável

correlacionou-se apenas de forma marginal com a mudança de peso. Uma revisão recente sugeriu o valor de corte de quatro ou mais tentativas no ano anterior como marcador de insucesso (30). No entanto, tendo em conta que nesta amostra o valor médio de números de dieta anteriores foi $1,1 \pm 1,1$, com apenas 7 participantes com quatro ou mais dietas no ano anterior (valores não mostrados), este valor poderá não ser universal. Este dado foi baseado num estudo com mulheres americanas, em que 26 das 158 participantes tinham este antecedente (59). Apesar desta diferença, em termos quantitativos entre a amostra americana e presente amostra portuguesa, um maior número de dietas no ano anterior foi também correlacionado com um menor sucesso em programas de perda de peso conduzidos em Portugal (48,61). Um elevado número de dietas anteriores representa um círculo vicioso de tentativas e fracasso. Este insucesso repetido poderá traduzir um conjunto de características que “bloqueiam” o processo de perda peso. O estudo de correlatos desta variável poderá ser útil para definir este “perfil”, que poderá ser não só psicossocial mas também fisiológico (57).

A auto-eficácia foi encontrada como um preditor de sucesso consistente por várias revisões (28-30). Este construto tem sido associado em estudos transversais com o peso e comportamento alimentar (182,183). Uma maior auto-eficácia é conducente à adesão e manutenção de comportamentos ligados à saúde e, conseqüentemente, é relevante no processo de perda de peso (68,69). No entanto, a evidência relativa à auto-eficácia específica para alimentação é ainda limitada. Uma maior auto-eficácia para a alimentação, antes de iniciar um programa de controlo de peso, associou-se a uma maior perda de peso durante os programas (43,74,76) e no período de seguimento de um ano, após uma intervenção de 4 meses (59). Curiosamente, a auto-eficácia para alimentação não foi preditora do peso perdido durante os quatro meses (58). Nas análises de regressão linear, esta variável explicou 7% da variância do peso aos 12 meses. Este coeficiente de determinação, apesar de representar apenas uma associação moderada (184), tem particular relevância tendo em conta que a intervenção foi desenhada para aumentar a auto-eficácia das participantes relativamente aos comportamentos de interesse para o controlo do peso (alimentação e exercício), o que diminui o poder preditivo dos valores iniciais (30). Apesar deste aspecto, no presente trabalho, os valores pré-tratamento da auto-eficácia para alimentação fizeram parte do modelo preditor aos 12 meses em conjunto com o número de dietas prévias no ano anterior. As participantes que inicialmente tinham uma maior descrença na sua capacidade de

controlar a ingestão alimentar tiveram menor perda de peso ao longo dos 12 meses de programa. Apesar do grande potencial do programa influenciar esta competência, os valores iniciais foram importantes, moderando a perda de peso.

Preditores de sucesso no grupo de controlo aos 12 meses

No grupo de controlo, um *locus* de controlo para o peso mais “interno” associou-se um maior sucesso durante a intervenção, explicando 6% da variância da mudança do peso aos 12 meses. Esta variável manteve o seu poder preditivo também aos 36 meses para este grupo. Deve-se salientar, que estes participantes receberam apenas uma intervenção com um currículo de educação para a saúde, sem particular ênfase no controlo do peso. As mulheres que acreditavam que eram os seus próprios comportamentos que condicionavam o seu peso obtiveram melhores resultados a curto e longo prazo. As pessoas que atribuem o excesso ponderal a causas externas ou pensam que apenas com a ajuda de outrem conseguem perder peso, têm um *locus* de controlo externo na sua vida. Estes indivíduos poderão beneficiar de um trabalho específico nesta área ou então de um programa com um maior controlo e pressão externa por parte da equipa de intervenção. O resultado do presente estudo está de acordo com o estudo Byran & Tiggeman que também encontrou uma relação significativa entre *locus* de controlo para o peso, avaliado pelo mesmo instrumento do presente estudo - a “Escala das Crenças sobre a Dieta” (118) - e a perda de peso durante um programa de 12 semanas. Um *locus* de controlo mais “interno” favoreceu um melhor controlo ponderal (90). Escalas mais gerais de *locus* de controlo, como a de Rotter (114), têm sido testadas desde o início do estudo de preditores de sucesso no tratamento da obesidade. Trabalhos de revisão mais antigos identificaram-no como preditor (47,115). No entanto, Teixeira e colaboradores em 2005, colocaram esta variável na categoria de “evidência contraditória”. O presente estudo junta-se a outros mais recentes, que evidenciaram o *locus* de controlo como tendo um papel importante do controlo do peso (38,90,122).

Uma pior auto-estima física, avaliada por uma das subescalas pelo Perfil da Auto-Percepção Física (PAPF), correlacionou-se marginalmente com uma maior perda de peso (133). Esta associação não foi na direcção esperada, já que uma imagem corporal mais negativa tem sido relacionada com piores resultados (48,58,59). Traverso e colaboradores, num trabalho que utilizou diferentes instrumentos para estudar a imagem

corporal, encontraram uma associação de uma pior imagem corporal avaliada por uma dimensão do Questionário de Atitudes para com o Corpo (185) - “sinto-me gordo/a” - com melhores resultados. No entanto, outro instrumento (Inventário das Alterações do Comportamento) encontrou uma associação na direcção expectável (95). Na presente amostra, uma pior imagem corporal, avaliada por outros instrumentos (Questionário da Forma Corporal e Questionário da Insatisfação Corporal), foi preditora de atrito aos 12 e 36 meses. Estes achados, aparentemente contraditórios entre diferentes escalas, podem reflectir as várias dimensões da imagem corporal, que podem interagir de maneira diferente durante o processo de perda do peso. A auto-estima física é uma dimensão de um instrumento que não foi desenvolvido especificamente para avaliar a imagem corporal (Perfil da Auto-Percepção Física) mas, mais particularmente, o auto-conceito e auto-estima físicos (133). Mikhail e colaboradores especularam que uma pior auto-estima representa um maior sofrimento devido ao excesso ponderal e que pode funcionar com uma motivação para a mudança de comportamentos. No entanto, no presente estudo, uma maior auto-estima (geral) associou-se com uma maior perda de peso aos 36 meses no grupo de intervenção.

Preditores de sucesso no grupo de intervenção aos 36 meses

Aos 36 meses, a desinibição alimentar, as expectativas de perda de peso, avaliações de resultados da intervenção, auto-estima e qualidade de vida foram moderadoras da alteração do peso.

Uma menor desinibição alimentar correlacionou-se com a perda peso aos 36 meses. A evidência relativa a esta variável do Inventário do Comportamento Alimentar (89) é muito limitada. Apenas dois trabalhos encontraram uma relação entre os valores iniciais de desinibição alimentar e os resultados no tratamento comportamental da obesidade mas na direcção oposta (60,92). O presente achado era expectável, porque uma maior desinibição alimentar está associada a piores escolhas alimentares e a uma maior ingestão calórica (186). Outros trabalhos anteriores evidenciaram que a diminuição da desinibição alimentar ao longo de uma intervenção para o controlo do peso foi preditora de sucesso (27,77,187-189). O grupo de intervenção esteve sob a influência do programa comportamental onde aspectos relacionados com o comportamento alimentar

(maior controlo cognitivo, menor diminuição de alimentação emocional) foram abordados ao longo da intervenção. Este facto poderá ter contribuído para uma normalização dos valores de desinibição e conseqüente a uma menor importância dos valores iniciais, sobretudo aos 12 meses. No entanto, a sua relevância como preditor de sucesso aos 36 meses salienta importância das alterações do comportamento alimentar no controlo do peso.

A alimentação externa correlacionou-se marginalmente com a perda de peso aos 36 meses no grupo de intervenção (análises ITT) e entrou no modelo variado quando se controlou para o grupo. A direcção da associação foi semelhante à da variável desinibição: um menor nível de alimentação externa foi preditora de maior perda de peso. Outros autores já tinham identificado a alimentação emocional (93,103) como um factor negativo no controlo do peso, mas não a alimentação externa.

Expectativas de perda de peso e avaliações de resultados mais conservadores foram benéficos para a perda de peso a longo prazo (36 meses) no grupo de intervenção. As participantes que não terminaram os três anos do programa queriam perder em média mais 3% do peso corporal do que as mulheres que não desistiram. As estimativas para a perda do peso durante os 12 meses do programa foram muito heterogêneas, variando entre 1 e 37% do peso actual, com uma média de 18% (dados não mostrados). Embora estes valores estejam de acordo com os apresentados na literatura, não deixam de ser excessivamente optimistas à entrada de um programa comportamental. A média de peso perdido aos 12 meses foi de 5%, cerca de um quarto do peso que as participantes pretendiam perder. Pelo facto de não atingiram o objectivo a que propuseram, estas mulheres terão menos probabilidade de manter o peso que conseguiram perder, levando a uma sensação de incapacidade para o controlo do seu peso (100). Este trabalho encontrou uma associação entre expectativas mais modestas e o sucesso na intervenção. Outros autores encontraram esta relação na mesma direcção (58,59), mas em vários trabalhos associação foi no sentido oposto (35,37,48,62,72,73). Continua por esclarecer se a direcção desta associação depende do valor absoluto da expectativa do peso a perder. Em amostras excessivamente optimistas (perda de peso superior a 10%), como a do presente estudo, expectativas elevadas podem ser prejudiciais. No entanto, entre pessoas com objectivos mais realistas (5-10%), expectativas mais baixas podem denotar falta de ambição e conseqüentemente levar a piores resultados durante a intervenção.

Actualmente, julga-se que expectativas positivas e moderadas sejam mais adequadas à entrada de um programa de controlo de peso.

A auto-estima explicou 8% da variância de peso três anos após o início do programa. A evidência disponível sobre este potencial moderador é reduzida e contraditória, mas existe um outro estudo onde maior auto-estima inicial foi também benéfica para controlo do peso durante o período de seguimento após um programa comportamental (122). Outros trabalhos evidenciaram o seu papel preditor de sucesso a curto prazo, logo após o final das intervenções (58,125). Na presente amostra, esta variável não se associou de forma significativa com a perda de peso logo após a intervenção (12 meses) em ambos os grupos. As participantes que completaram a intervenção (12 e 36 meses) tinham em média um maior valor de auto-estima mas a diferença não foi significativa. Este construto pode ter um papel importante na predição do sucesso na manutenção e perda de peso, mas a evidência actual é ainda inconsistente.

A qualidade de vida associada ao peso foi preditora de sucesso aos 36 meses no grupo de intervenção e marcadora de atrito aos 36 meses. Esta variável reflecte a avaliação que a pessoa faz do impacto do excesso de peso na sua saúde. Esta avaliação é subjectiva e depende da forma como a pessoa reage com às limitações causadas pela doença, neste caso, a obesidade. As participantes com pior qualidade de vida parecem ter uma maior dificuldade em perder peso, o que conseqüentemente agrava o impacto do excesso ponderal na sua qualidade de vida. O instrumento utilizado no presente trabalho (Questionário do Impacto do Peso na Qualidade de Vida) foi também utilizado por Teixeira e colaboradores, numa intervenção comportamental de quatro meses e seguimento durante um ano. Nesta intervenção, uma pior qualidade de vida associada ao peso relacionou-se com um menor êxito no controlo do peso aos 4 e 16 meses (58,59). As mulheres que não terminaram este programa (16 meses), tinham uma pior qualidade de vida (associada ao peso) no início da intervenção. Este achado também foi replicado em análises preliminares em uma intervenção semelhante de 12 meses com mulheres portuguesas, onde a dimensão auto-estima do Questionário do Impacto do Peso na Qualidade de Vida foi marcadora de atrito, juntamente com a preocupação com a figura corporal (137).

Mais sintomas depressivos, avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck, correlacionaram apenas marginalmente com a mudança de peso aos 36 meses. Apesar

ser uma variável muito estudada, poucos estudos encontraram uma associação da mudança do peso em intervenções comportamentais e sintomatologia depressiva (31,33). Alguns estudos têm no entanto associado esta variável ao atrito (34,59,144,148).

Preditores de sucesso no grupo de controlo aos 36 meses

No grupo de controlo, a mudança do peso aos 36 meses associou-se uma menor percepção de barreiras e maior auto-eficácia para o exercício. O presente resultado está de acordo com a importância que tem sido atribuída ao exercício no controlo do peso a longo prazo (80,190). Este dados vêm corroborar os resultados de Teixeira e colaboradores, num estudo norte-americano com mulheres entre os 40 e 55 anos com excesso de peso (58,59). Estas variáveis surgiram como significativas no grupo de controlo (mas não no grupo de intervenção), que frequentou uma intervenção generalista, que não abordava especificamente questões comportamentais relacionadas com o exercício. Em trabalhos anteriores com uma amostra portuguesa, estas duas variáveis avaliadas inicialmente, também não foram preditores de sucesso em mulheres que frequentaram um programa comportamental para o tratamento de obesidade (48,61). O aumento da auto-eficácia e diminuição de barreiras para o exercício são um dos principais objectivos dos programas comportamentais e sabe-se que a mudança nestas variáveis durante a intervenção está correlacionada com uma maior perda de peso (27,77). Este aspecto poderá diminuir o papel preditor do valor inicial, antes de iniciar as intervenções. Em mulheres que não têm uma ajuda específica nos aspectos mais comportamentais do exercício, a percepção que têm da auto-eficácia e barreiras (para a prática de exercício) num dado momento, poderá ser importante no seu sucesso no controlo do peso a longo prazo. A magnitude de associação da auto-eficácia para o exercício com a alteração do peso aos 36 meses foi a maior de todas as análises bivariadas ($r=0,32$), explicando 10% da variação do peso aos 36 meses no grupo de controlo.

O *locus* de controlo para o peso mais “interno” manteve o seu papel preditor de sucesso também aos 36 meses. Uma maior auto-determinação associou-se a uma maior perda de peso no período de seguimento neste grupo. Não se encontrou na literatura referência a outros trabalhos que tenham utilizado a Escala de Auto-Determinação de Sheldon e

colaboradores (160) no contexto de moderadores da perda de peso. É conhecido que as pessoas mais auto-determinadas são mais autónomas na adesão e manutenção de comportamentos, nomeadamente de actividade física (113). Na sequência dos achados do *locus* de controlo para o peso mais “interno”, indivíduos com uma motivação mais intrínseca e que sentem que têm um maior controlo sobre a sua vida, podem ter uma maior facilidade em adoptar e manter os comportamentos que levam a uma perda de peso. É necessário que esta variável seja mais estudada por outros autores para que se confirme a sua importância como moderador do controlo do peso.

Nas variáveis ligadas a psicopatologia, apenas a ansiedade se correlacionou marginalmente com a perda de peso aos 36 meses. Este resultado está de acordo com outros trabalhos (150,151,191) mas evidência actual é muito reduzida. Níveis mais elevados de ansiedade (stress) são considerados negativos, estando associados à adopção de comportamentos menos saudáveis, potencialmente conducentes ao excesso ponderal (192).

Preditores de atrito

O atrito no programa aos 12 meses foi de 9% para o grupo de intervenção e 25% para o grupo de controlo. Aos 36 meses, como esperado, os valores foram superiores com 22% no grupo de intervenção e 40% no grupo de controlo. As percentagens de desistências durante tratamentos de obesidade situam-se entre 10% a 80% (193), sendo que, tratamentos comportamentais têm normalmente valores mais baixos de atrito (194). No presente trabalho foram preditores de atrito a curto e longo prazo variáveis relacionadas com o comportamento alimentar, expectativas e avaliação de resultados, auto-conceito e qualidade de vida.

Encontraram-se diversas variáveis relacionadas com o comportamento alimentar como preditores de atrito para os diferentes momentos de avaliação e para os diferentes grupos de participação. Os participantes que desistiram aos 12 meses no grupo de intervenção, tinham uma maior auto-eficácia para a alimentação e menor desinibição alimentar. Para o grupo de controlo e amostra total, os desistentes tiveram menor auto-eficácia e menor desinibição. Tendo em conta o pressuposto que o atrito é um marcador de insucesso na intervenção, este resultado é algo contraditório com os achados nas

análises bivariadas (maior auto-eficácia e menor desinibição correlacionaram-se marginalmente com o sucesso neste grupo) e outros estudos (43,58-60,74,75,92). Uma explicação possível é que a intervenção comportamental modifica a percepção do comportamento e eficácia para a alimentação, pois nas avaliações iniciais as participantes podem ter uma ideia errónea das suas verdadeiras capacidades, pois é uma área sobre a qual nunca reflectiram. Este facto e o próprio papel da intervenção, ao trabalhar aspectos relacionados com a auto-eficácia, podem diminuir o poder preditor (de atrito e mudança de peso) desta variável avaliada no pré-tratamento (30). Este achado, na direcção não esperada, também poderá ser justificado pelo reduzido número de desistentes neste grupo (n=10), o que pode ter enviesado os resultados. No grupo de controlo, que apenas recebeu uma intervenção generalista de educação para saúde, uma maior desinibição alimentar (12 meses), tendência para bulimia e alimentação emocional (36 meses) foram predictoras de atrito. Apenas dois estudos encontraram relação entre alterações do comportamento alimentar (voracidade) e o atrito (59,93). Apesar de terem sido muito estudadas como potenciais moderadores do sucesso, a falta de resultados significativos, fez com que o seu estudo como preditores de atrito seja limitado. O efeito “normalizador” das intervenções comportamentais poderão diminuir o papel dos valores iniciais como indicadores de futuro atrito (48).

Os desistentes aos 12 e 36 meses do grupo de controlo e amostra geral tinham uma maior tendência para a bulimia. Não se encontraram referências na literatura onde tenham sido replicados este achado. Esta alteração do comportamento alimentar pode dificultar a mudança comportamental proposta pelas intervenções cognitivas. No contexto de preditores pré-tratamento, apenas um trabalho encontrou uma associação entre o comportamento bulímico e o peso perdido na intervenção (95).

Objectivos mais exigentes de perda de peso no final da intervenção foram preditores de atrito aos 12 meses para o grupo de intervenção e aos 36 meses para ambos os grupos e amostra total. Teixeira e colaboradores já tinham identificado a expectativa de perder uma maior percentagem de peso em mulheres que não completaram o seguimento de um ano após 4 meses de um programa comportamental. A perda de peso “aceitável” para estas mulheres que acabaram por desistir era 86% do peso actual em comparação e 91% das mulheres que completaram a intervenção (59). Num estudo de um programa hospitalar com 52% de desistências, foi identificado que maiores expectativas de perda de peso e um IMC “de sonho” mais baixo foram preditores de atrito aos 12 meses. Em

análises de sobrevivência, os indivíduos que tinham como objectivo perder mais de 13 unidades de IMC tinham um risco de atrito 1,4 vezes maior do que os que somente queriam perder até de 5 unidades de IMC. Por cada unidade de IMC nos objectivos (diminuição de peso), o risco de desistência aumentou 12% (36). Objectivos mais exigentes têm uma menor probabilidade de ser cumpridos. O incumprimento de metas, mesmo que irrealistas, pode levar ao desenvolvimento de afectos negativos e à desistência do tratamento (195,196). A relação entre as expectativas e o atrito pode ser mediada pela insatisfação com os resultados. Foster e colaboradores encontraram uma relação entre a diferença dos objectivos propostos e os atingidos com satisfação com o tratamento (98). A insatisfação é um dos motivos frequentemente apontados pelos participantes desistentes. Num estudo recente, doentes que abandonaram um programa de perda de peso foram questionados relativamente aos motivos para a desistência. Cerca de 25% referiram insatisfação com os resultados do programa como causa de desistência (101).

Os participantes que desistiram aos 12 e 36 meses tinham uma maior preocupação com a imagem corporal (amostra total). No grupo de controlo esta diferença foi significativa aos 12 meses. Aos 36 meses houve uma tendência para a significância para ambos os grupos. Trabalhos anteriores identificaram variáveis relacionadas com o auto-conceito com preditores de atrito. Num programa comportamental com uma intervenção de quatro meses e seguimento por um ano, uma pior imagem corporal, avaliada por diferentes instrumentos (Questionário da Forma Corporal, Questionário da Avaliação da Imagem Corporal, Questionário da Catexia Corporal) foi preditora de atrito aos 16 anos (59). Dois outros trabalhos associaram dimensões do auto-conceito ao atrito. Os participantes que não terminaram uma intervenção comportamental e farmacológica de 12 meses tinham uma pior auto-estima ao iniciar o programa. Ter mais sentimentos negativos em relação a si próprio, avaliados pelo Inventário do Peso e Estilo de Vida (197) aumentava o risco de desistência três vezes (31). Um outro trabalho em crianças e adolescentes, um pior auto-conceito avaliado pela Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris (198), foi preditora de atrito num programa comportamental de 18 semanas (144). No presente estudo, apenas as dimensões do auto-conceito avaliadas pelo Questionário da Forma Corporal foram significativamente diferentes em cada grupo, embora as participantes desistentes tivessem sempre um pior auto-conceito avaliados pelos outros instrumentos.

A qualidade de vida associada ao peso dos participantes que desistiram aos 36 meses era significativamente inferior em comparação com as mulheres finalistas (amostra total). Apenas um trabalho identificou anteriormente uma pior qualidade de vida (relacionada com a saúde em geral e com o peso) com atrito numa intervenção comportamental para o tratamento da obesidade. Neste estudo, os valores de percepção de qualidade de vida medidos pelo SF-36 (145) e pelo Questionário do Impacto do Peso na Qualidade de Vida (146) ao iniciar um programa comportamental de 16 meses, foram menores nas mulheres desistentes (59). Os resultados do presente trabalho são um contributo para a evidência sobre este preditor, que ainda foi pouco estudado no contexto do sucesso do controlo do peso.

Os modelos de regressão logística para predição de atrito têm alta sensibilidade e classificaram correctamente entre 66% a 92% das participantes, mas são muito inespecíficos (uma grande percentagem de desistentes mais classificados), pelo que poderão não ser uma ferramenta útil.

Sumário

Na Tabela XVII estão resumidos os principais achados no presente trabalho ($p < 0,05$). Para ambos os grupos, apenas foi encontrada uma variável preditora da mudança de peso aos 12 meses. Aos 36 meses foi encontrado um maior número de variáveis preditoras. Este aspecto pode reflectir a importância da intervenção na mudança do peso, relegando para segundo plano características individuais pré-tratamento. Durante o programa, as participantes foram acompanhadas pela equipa de intervenção, tendo sido transmitidos conteúdos importantes, como a adopção de comportamentos conducentes à perda do peso (grupo de intervenção) ou promoção da saúde (grupo de controlo). É expectável que haja uma motivação adicional inerente à participação num estudo. No entanto, após dois anos de seguimento, esses efeitos poderão ser mais residuais. Nesta altura, as características iniciais poderão já ser mais relevantes, pois a adesão a longo prazo a novos comportamentos é mais difícil, sobretudo sem o *feedback* e “apoio” do programa. Vinte e quatro meses após o final do programa, as

características psicológicas e comportamentais iniciais das participantes poderão ser mais evidentes e menos sob a influência da intervenção anterior.

Tabela XVII – Resumos dos preditores de mudança de peso e atrito o grupo de intervenção e controlo

Preditores	Grupo de Intervenção	Grupo de Controlo
Mudança de peso		
<i>12 meses</i>	número de dietas no ano anterior	<i>locus</i> do controlo para o peso
<i>36 meses</i>	desinibição alimentar Expectativa de resultados avaliação de resultados auto-estima qualidade de vida	auto-eficácia para o exercício percepção de barreiras para o exercício <i>locus</i> de controlo para o peso auto-determinação
Atrito		
<i>12 meses</i>	auto-eficácia para a alimentação desinibição alimentar	desinibição alimentar tendência para a bulimia preocupação com a figura corporal
<i>36 meses</i>	avaliação de resultados	expectativas de resultados tendência para a bulimia alimentação emocional

O facto de não se terem identificado os mesmos preditores para os 12 e 36 meses, poderá traduzir diferentes mecanismos fisiológicos, psicológicos e comportamentais entre a perda de peso a curto de prazo, uma perda contínua do peso e a manutenção do peso perdido. A manutenção de comportamentos associados ao controlo e perda de peso a longo prazo (normalmente mais de um ano após a intervenção) podem estar ligados a outras características/variáveis que não as da fase inicial de adopção (normalmente durante o período de intervenção). Durante a intervenção, existe uma maior motivação do próprio, apoio da família, reforços positivos e incentivos por parte da equipa de intervenção, contacto e inter-ajuda dos outros participantes. Mudanças mais continuadas e sustidas do estilo de vida são mais difíceis de se perpetuar.

Apenas o *locus* de controlo para peso foi preditor de sucesso em ambos os momentos de avaliação, no grupo de controlo. Tendo em conta que este grupo teve uma intervenção

mais generalista, este achado poderá reflectir a importância do *locus* de controlo para o peso (mais interno) nos resultados a curto e longo prazo em pessoas a tentar perder peso com programas mais inespecíficos.

Alguns dos achados deste trabalho estão de acordo com a sùmula de Teixeira e colaboradores, descrita na Tabela IV (30). Os resultados deste estudo juntam-se à evidência já consistente para a variável “número de dietas anteriores” e aos dados sugestivos para a auto-eficácia e barreiras para o exercício, tendência para bulimia e qualidade de vida (específica) como preditores da mudança do peso. O número de dietas anteriores parece ser um preditor transversal em várias amostras, de diferentes países e intervenções distintas (41,42,58,102). O presente trabalho encontrou algumas variáveis como preditoras de sucesso e atrito cuja evidência existente é contraditória: um *locus* de controlo do peso menos interno, maiores expectativas de perda de peso, pior auto-estima e uma maior preocupação com a figura corporal foram marcadores de insucesso. Variáveis ligadas ao comportamento alimentar (desinibição, alimentação emocional) foram marcadores de insucesso neste trabalho, embora tenham sido consideradas na revisão de Teixeira e colaboradores como variáveis não preditoras.

Apesar de terem sido testadas 21 variáveis como potenciais preditoras da perda de peso, os coeficientes de correlação variaram entre 0,20 e 0,32 e os modelos de regressão construídos conseguiram explicar no máximo 11% da variância. No entanto, nas ciências comportamentais estas associações podem ser consideradas moderadas a fortes (184). Um aspecto interessante foi o facto de as variáveis se associaram sempre na direcção esperada, exceptuando um caso já discutido nas análises de atrito (auto-eficácia para a alimentação e desinibição alimentar no grupo de intervenção). Os presentes resultados denotam a dificuldade na previsão da resposta a um programa comportamental para o controlo do peso, que resulta de uma interacção recíproca de factores pessoais, comportamentais e ambientais. No entanto, o número limitado de preditores pré-tratamento e o seu contributo reduzido para variância da alteração do peso, salientam a importância da intervenção comportamental no processo de perda de peso a curto e longo prazo.

Estas análises exploratórias permitem um acréscimo de evidência nesta área ainda relativamente pouco estudada. Este estudo foi aleatorizado, controlado com dois grupos com intervenções distintas. Um grupo recebeu uma intervenção comportamental com o

racional teórico inovador no controlo do peso e o grupo de controlo recebeu uma intervenção generalista para promoção de saúde, permitindo a comparação de preditores entre duas abordagens diferentes para o tratamento da obesidade. O grupo de controlo pode ser considerado um conjunto de pessoas que pretendem perder peso, mas que não foram submetidas a uma intervenção específica, podendo retratar assim um curso natural da doença (obesidade), quando não é alvo de uma intervenção especializada. O reduzido atrito do grupo de intervenção durante os 12 meses do programa foi uma vantagem, pois permitiu o seguimento de 91% das participantes. Um outro ponto forte deste estudo foi o facto de as participantes terem sido seguidas durante um período alargado (três anos). Esta avaliação de resultados em dois momentos diferentes, permitiu tirar algumas conclusões relativamente ao sucesso imediatamente após o término do programa (curto prazo) e manutenção do peso perdido e/ou continuação do processo da perda do peso (longo prazo). O facto de terem sido conduzidas análises de *intention to treat*, onde alguns dos preditores se mantiveram significativos valorizou este trabalho e permite uma maior generalização dos achados. Seguindo as recomendações actuais, a maioria dos instrumentos utilizados já tinham sido previamente validados para a população portuguesa e frequentemente utilizados para avaliar estes construtos no contexto do controlo do peso (30).

Este trabalho apresenta, no entanto, limitações inerentes a sua natureza experimental. A amostra deste estudo foi constituída por mulheres pré-menopáusicas, entre os 25 e os 50 anos, com IMC entre 25 e 40, sem condições clínicas graves ou medicação com influência no peso que se voluntariam para participar num estudo científico. Desta forma, a generalização dos resultados só pode ser feita para este subgrupo da população que procura tratamento para a obesidade. As participantes que aceitam participar em estudos experimentais, considerados muitas vezes o “fim da linha”, são uma amostra seleccionada das pessoas que pretendem perder peso, o que limita a validade externa do estudo. A amostra deste estudo é de certa forma inviesada, uma vez que estas participantes representam uma selecção das pessoas que têm maior dificuldade em serem bem sucedidos no controlo do seu peso.

Uma outra limitação foi o critério de sucesso utilizado: mudança do peso e completar o programa. No entanto, outras variáveis poderiam ter sido avaliadas como marcadores de sucesso, por exemplo: perda de peso em variável dicotomizada (e.g. > ou <5%), perda de massa gorda, mudança IMC, mudança na auto-eficácia para alimentação e exercício,

etc. É conhecido o impacto de programas de controlo de peso em variáveis biológicas (massa gorda, massa magra, perfil lipídico, hemoglobina glicosilada) que não foram estudadas no presente trabalho e que podem também traduzir sucesso na intervenção. Por outro lado, variáveis biológicas, demográficas e outras psicossociais que não foram estudadas, poderão ser potencialmente preditores do sucesso mas estavam fora do âmbito deste estudo.

As variáveis psicossociais em estudo foram avaliadas por questionários validados, de simples preenchimento e com respostas fechadas (maioria dos casos com escala de Likert). No entanto, dada a dificuldade em estudar os construtos em causa e as limitações inerentes à utilização de questionários, pode não se ter conseguido avaliar aquilo que se pretendia. Muitos dos participantes podem ter sentido dificuldades no preenchimento, pois nunca reflectiram sobre esses assuntos e responderam aquilo que acham que estaria “correcto” e não de acordo consigo mesmo. A bateria psicométrica que foi aplicada foi extensa e poderá ter sido respondida de uma forma mais “superficial”, por constrangimentos de tempo. Uma das limitações do uso de qualquer questionário é que as respostas dependem da motivação, honestidade, memória e capacidade para compreender os conteúdos que estão a ser questionados ao inquirido.

Dada a natureza exploratória deste trabalho, foram feitas várias análises recorrendo a diferentes técnicas estatísticas. O elevado número de testes estatísticos pode levar a erros tipo I (falso positivo), isto é, encontrar uma associação entre uma variável e o sucesso na intervenção apenas por acaso. Apesar de terem iniciado o programa 221 mulheres, apenas 153 completaram avaliações aos 36 meses, 87 do grupo de intervenção e 66 do grupo de controlo. Segundo Teixeira e colaboradores, são necessárias amostras de 160 participantes para detectar associações moderadas ($r=0,2$, $\alpha=0,05$, $\beta=0,2$) (30). Nas presentes análises por grupo, o tamanho da amostra pode ter limitado a detecção de mais associações. O atrito aos 36 meses no grupo de intervenção (22%) e no grupo de controlo em ambas as avaliações foi importante (25% aos 12 meses e 40% aos 36 meses). Apesar de um atrito ser, no geral, um aspecto negativo, permitiu um melhor estudo dos preditores de desistência.

CONCLUSÃO FINAL

Este estudo pretendeu identificar características psicossociais avaliadas à entrada de um programa comportamental para o controlo do peso, que fossem preditoras de sucesso durante a intervenção de 12 meses e durante o período de seguimento de 24 meses em mulheres pré-menopáusicas com excesso de peso e obesidade. O sucesso na intervenção foi definido pela alteração no peso (perda ponderal) e conclusão do programa aos 12 e 36 meses.

Para o grupo de intervenção, que foi submetido a um programa comportamental para o controlo de peso baseado da Teoria da Auto-Determinação, foram encontrados os seguintes preditores:

- Um menor número de dietas no último ano foi preditor de maior perda de peso aos 12 meses.
- Uma menor desinibição alimentar, avaliações menos exigentes para os resultados da intervenção, melhor auto-estima e maior qualidade de vida associada ao peso foram preditoras de maior perda de peso aos 36 meses.
- Uma maior auto-eficácia para a alimentação e menor desinibição alimentar foram preditoras de atrito aos 12 meses.
- Avaliações mais exigentes para os resultados da intervenção foram preditoras de atrito aos 36 meses.

Para o grupo de controlo, que foi submetido a um programa de promoção de saúde, inespecífico para o controlo do peso, foram encontrados os seguintes preditores:

- Um *locus* de controlo para o peso mais interno foi preditor de maior perda de peso aos 12 meses.

- Uma maior auto-eficácia e menor percepção de barreiras para o exercício, um *locus* de controlo para o peso mais interno e uma maior auto-determinação foram preditores de maior perda de peso aos 36 meses.
- Uma maior desinibição alimentar, tendência para a bulimia e preocupação com a figura corporal foram preditoras de atrito aos 12 meses.
- Uma maior tendência para a bulimia e alimentação emocional foram preditoras de atrito aos 36 meses.

O perfil da participante com sucesso a curto prazo (12 meses) foi caracterizado por: um menor número de dietas e um *locus* de controlo para o peso mais interno.

O perfil da participante com sucesso a longo prazo (36 meses) foi caracterizado por: uma maior auto-eficácia e menor percepção de barreiras para o exercício, menor desinibição alimentar, avaliações menos exigentes para os resultados da intervenção, um *locus* do controlo para o peso mais interno, uma maior auto-determinação, uma melhor auto-estima e maior qualidade de vida associada ao peso.

Implicações futuras

As associações que foram identificadas no presente trabalho carecem de validação por outros estudos e em amostras diferentes, para que confirme se são transversais a toda a população ou específicas de determinado subgrupo. No passado, já foram identificadas diferenças entre preditores em amostras em diferentes contextos culturais apesar da semelhança da intervenção (48,61).

Os preditores de sucesso encontrados para o grupo de intervenção podem ser específicos para o tratamento comportamental, necessitando de ser confirmados em outro tipo de intervenção, nomeadamente o tratamento cirúrgico ou farmacológico da obesidade. Os achados do grupo de controlo podem ser considerados como preditores do sucesso no controlo de peso em pessoas que pretendem perder peso mas que não são alvo de uma intervenção específica, podendo retratar assim uma “evolução natural” da obesidade.

Os resultados deste trabalho sugerem que poderá ser útil trabalhar aspectos relacionados com alterações do comportamento alimentar, auto-conceito e qualidade de vida durante a intervenção como forma de otimizar os resultados. No futuro, estes conteúdos poderão vir a ser implementados de forma generalizada nas intervenções para o controlo do peso. No entanto, estudos adicionais são necessários para confirmar estas variáveis como mediadores da perda ponderal. As pessoas identificadas com o perfil “prejudicial” para a perda de peso podem necessitar de uma intervenção mais individualizada, com características diferentes das do programa comportamental que inicialmente lhes estaria reservado. As orientações preconizam que os programas se adaptem às necessidades do participante e referem que não existe uma intervenção universal útil para todas as pessoas que procuram programas para controlo do peso. No entanto, apenas um número limitado de programas tem em conta este aspecto.

Os resultados do presente estudo juntam-se à crescente evidência sobre a importância do número de dietas no ano anterior. Esta variável, não sendo considerada uma característica psicossocial, é um marcador de resistência à perda do peso. Como se trata de uma variável histórica e como não é passível de ser modificada por uma intervenção, estas pessoas devem ter um tratamento mais diferenciado, para impedir que fracassem sistematicamente. Tentativas mal sucedidas sucessivas podem levar a uma descrença nos efeitos (positivos) da mudança de comportamentos e consequente passividade no processo perante o controlo do peso (199).

As características pré-tratamento associadas com uma menor eficácia na perda de peso podem ser utilizadas para sinalizar os potenciais participantes (de um programa de controlo de peso) que ainda não estão “preparados” para iniciar uma dada intervenção. Esta identificação prévia das pessoas que têm uma menor probabilidade de sucesso permite trabalhar determinados aspectos importantes previamente à entrada num programa comportamental, podendo posteriormente melhorar as hipóteses de sucesso na perda do peso. Por outro lado, no caso de existirem recursos limitados, permite escolher quem poderá beneficiar mais com o programa em detrimento de outros com um perfil menos favorável. No entanto, a evidência actualmente existente ainda é limitada pelo que é ainda precoce impedir pessoas de ingressar num programa de perda peso baseado somente em informação de questionários psicométricos (30). O conhecimento das características “mais negativas” pode também ser uma informação complementar para

ajudar a compreender as razões pela qual a obesidade tem sido perpetuada na sociedade moderna.

Os resultados deste trabalho salientam a complexidade e importância das interações entre factores individuais e características da intervenção na adopção de comportamentos conducentes à perda de peso.

“O comportamento é um espelho em que cada um revela a sua imagem.”

Johann Wolfgang Von Goethe

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization 2002 The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life.
2. World Health Organization 2006 Fact sheet N°311, vol. 2010.
3. do Carmo I, Dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Myatt J, Galvao-Teles A 2008 Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev* **9**(1):11-9.
4. Cai L, Lubitz J, Flegal KM, Pamuk ER The predicted effects of chronic obesity in middle age on medicare costs and mortality. *Med Care* **48**(6):510-7.
5. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH 2007 Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA* **298**(17):2028-37.
6. National Institutes of Health 1998 Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults--The Evidence Report. *Obes Res* **6 Suppl 2**:51S-209S.
7. Williamson DF 1997 Intentional weight loss: patterns in the general population and its association with morbidity and mortality. *Int J Obes Relat Metab Disord* **21 Suppl 1**:S14-9; discussion S20-1.
8. Goldstein DJ 1992 Beneficial health effects of modest weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord* **16**(6):397-415.
9. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM 2002 Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* **346**(6):393-403.
10. Pasanisi F, Contaldo F, de Simone G, Mancini M 2001 Benefits of sustained moderate weight loss in obesity. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* **11**(6):401-6.
11. Phelan S, Wadden TA, Berkowitz RI, Sarwer DB, Womble LG, Cato RK, Rothman R 2007 Impact of weight loss on the metabolic syndrome. *Int J Obes (Lond)* **31**(9):1442-8.
12. Vidal J 2002 Updated review on the benefits of weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord* **26 Suppl 4**:S25-8.
13. Williamson DF, Pamuk E, Thun M, Flanders D, Byers T, Heath C 1995 Prospective study of intentional weight loss and mortality in never-smoking overweight US white women aged 40-64 years. *Am J Epidemiol* **141**(12):1128-41.
14. Wadden TA, Stunkard AJ 2004 Handbook of Obesity Treatment The Guilford Press, pp 624.
15. Levy RL, Finch EA, Crowell MD, Talley NJ, Jeffery RW 2007 Behavioral intervention for the treatment of obesity: strategies and effectiveness data. *Am J Gastroenterol* **102**(10):2314-21.
16. Wing RR, Phelan S 2005 Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* **82**(1 Suppl):222S-225S.
17. Wadden TA, Csernd CE, Brock J 2005 Behavioral treatment of obesity. *Psychiatr Clin North Am* **28**(1):151-70, ix.
18. Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH, Stunkard AJ, Wilson GT, Wing RR, Hill DR 2000 Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychol* **19**(1 Suppl):5-16.
19. Wing RR, Hill JO 2001 Successful weight loss maintenance. *Annu Rev Nutr* **21**:323-41.
20. Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL 2001 Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr* **74**(5):579-84.
21. Kramer FM, Jeffery RW, Forster JL, Snell MK 1989 Long-term follow-up of behavioral treatment for obesity: patterns of weight regain among men and women. *Int J Obes* **13**(2):123-36.

22. West DS, Elaine Prewitt T, Bursac Z, Felix HC 2008 Weight loss of black, white, and Hispanic men and women in the Diabetes Prevention Program. *Obesity (Silver Spring)* **16(6)**:1413-20.
23. Kraschnewski JL, Boan J, Esposito J, Sherwood NE, Lehman EB, Kephart DK, Sciamanna CN Long-term weight loss maintenance in the United States. *Int J Obes (Lond)*.
24. Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL 1996 Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *J Pers Soc Psychol* **70(1)**:115-26.
25. Mahoney MJ 1974 Self-reward and self-monitoring techniques for weight control. *Behavior Therapy* **5**:48-57.
26. Wing RR 2003 Behavioral interventions for obesity: recognizing our progress and future challenges. *Obes Res* **11 Suppl**:3S-6S.
27. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Metcalfe LL, Blew RM, Sardinha LB, Lohman TG 2006 Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control. *Med Sci Sports Exerc* **38(1)**:179-88.
28. Elfhag K, Rossner S 2005 Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev* **6(1)**:67-85.
29. Institute of Medicine 1995 Weighing the Options: Criteria for Evaluating Weight-Management Programs. National Academy Press, Washington, DC.
30. Teixeira PJ, Going SB, Sardinha LB, Lohman TG 2005 A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev* **6(1)**:43-65.
31. Fabricatore AN, Wadden TA, Moore RH, Butryn ML, Heymsfield SB, Nguyen AM 2009 Predictors of attrition and weight loss success: Results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* **47(8)**:685-91.
32. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, Busetto L 2005 Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obes (Lond)* **29(1)**:122-8.
33. De Panfilis C, Cero S, Dall'Aglio E, Salvatore P, Torre M, Maggini C 2007 Psychopathological predictors of compliance and outcome in weight-loss obesity treatment. *Acta Biomed* **78(1)**:22-8.
34. De Panfilis C, Torre M, Cero S, Salvatore P, Dall'Aglio E, Marchesi C, Cabrino C, Aprile S, Maggini C 2008 Personality and attrition from behavioral weight-loss treatment for obesity. *Gen Hosp Psychiatry* **30(6)**:515-20.
35. Linde JA, Jeffery RW, Levy RL, Pronk NP, Boyle RG 2005 Weight loss goals and treatment outcomes among overweight men and women enrolled in a weight loss trial. *Int J Obes (Lond)* **29(8)**:1002-5.
36. Dalle Grave R, Calugi S, Molinari E, Petroni ML, Bondi M, Compare A, Marchesini G 2005 Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obes Res* **13(11)**:1961-9.
37. Carels RA, Darby LA, Rydin S, Douglass OM, Cacciapaglia HM, O'Brien WH 2005 The relationship between self-monitoring, outcome expectancies, difficulties with eating and exercise, and physical activity and weight loss treatment outcomes. *Ann Behav Med* **30(3)**:182-90.
38. Adolfsson B, Andersson I, Elofsson S, Rossner S, Uden AL 2005 Locus of control and weight reduction. *Patient Educ Couns* **56(1)**:55-61.
39. Annesi JJ, Whitaker AC 2009 Psychological Factors Discriminating Between Successful and Unsuccessful Weight Loss in a Behavioral Exercise and Nutrition Education Treatment. *Int J Behav Med*.
40. Mikhail C, Raynaud AS, Shepard V, Nieman P, Arceo D, Klish W 2009 Psychological predictors of success in a pediatric cognitive-behavioral weight-control program. *Tex Med* **105(2)**:25-32.
41. Bautista-Castano I, Molina-Cabrillana J, Montoya-Alonso JA, Serra-Majem L 2004 Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the

- treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. *Int J Obes Relat Metab Disord* **28**(5):697-705.
42. Vogels N, Diepvens K, Westerterp-Plantenga MS 2005 Predictors of long-term weight maintenance. *Obes Res* **13**(12):2162-8.
 43. Linde JA, Rothman AJ, Baldwin AS, Jeffery RW 2006 The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychol* **25**(3):282-91.
 44. Baranowski T, Klesges LM, Cullen KW, Himes JH 2004 Measurement of outcomes, mediators, and moderators in behavioral obesity prevention research. *Prev Med* **38 Suppl**:S1-13.
 45. Teixeira P, Going SB, Houtkooper L, C. M, Metcalfe L, Cussler EC, Finkenthal NR, Stanford V, Sardinha L, Lohman T 2001 Weight-loss readiness: profiles of successful and unsuccessful "losers" in a lifestyle intervention *Nutrition Week*.
 46. Brownell KD, Wadden TA 1992 Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *J Consult Clin Psychol* **60**(4):505-17.
 47. Weiss AR 1977 Characteristics of successful weight reducers: a brief review of predictor variables. *Addict Behav* **2**(4):193-201.
 48. Teixeira PJ, Palmeira AL, Branco TL, Martins SS, Minderico CS, Barata JT, Silva AM, Sardinha LB 2004 Who will lose weight? A reexamination of predictors of weight loss in women. *Int J Behav Nutr Phys Act* **1**(1):12.
 49. Kiernan M, King AC, Kraemer HC, Stefanick ML, Killen JD 1998 Characteristics of successful and unsuccessful dieters: an application of signal detection methodology. *Ann Behav Med* **20**(1):1-6.
 50. Baron RM, Kenny DA 1986 The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* **51**(6):1173-82.
 51. Kraemer HC, Wilson GT, Fairburn CG, Agras WS 2002 Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Arch Gen Psychiatry* **59**(10):877-83.
 52. Kraemer HC, Frank E, Kupfer DJ 2006 Moderators of treatment outcomes: clinical, research, and policy importance. *JAMA* **296**(10):1286-9.
 53. 1993 Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol Clin Exp Res* **17**(6):1130-45.
 54. Brownell KD 1984 Behavioral, psychological, and environmental predictors of obesity and success at weight reduction. *Int J Obes* **8**(5):543-50.
 55. Foreyt JP, Goodrick GK 1991 Factors common to successful therapy for the obese patient. *Med Sci Sports Exerc* **23**(3):292-7.
 56. Wilson GT 1995 Behavioral and psychological predictors of treatment outcome in obesity In: Allison DA, Pi-Sunyer FX (eds.) *Obesity Treatment: Establishing Goals, Improving Outcomes, and Reviewing the Research Agenda* Plenum Press, New York, NY, pp 183-189.
 57. Tomás R, Teixeira PJ, Palmeira AL, Branco TL, Martins SS, Minderico CS, Barata JT, Silva AM, Meyer NL, Sardinha LB 2007 Correlatos de História de Dietas Frequentes à Entrada de um Programa Comportamental de Tratamento da Obesidade ENDO - Endocrinologia, Diabetes e Nutrição **5**:24.
 58. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Martin CJ, Metcalfe LL, Finkenthal NR, Blew RM, Sardinha LB, Lohman TG 2002 Weight loss readiness in middle-aged women: psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *J Behav Med* **25**(6):499-523.
 59. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Metcalfe LL, Blew RM, Sardinha LB, Lohman TG 2004 Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *Int J Obes Relat Metab Disord* **28**(9):1124-33.
 60. Pasmán WJ, Saris WH, Westerterp-Plantenga MS 1999 Predictors of weight maintenance. *Obes Res* **7**(1):43-50.

61. Sardinha LB, Teixeira PJ, Going SB, Tomás R, Carraça E, Silva MN, Palmeira AL, Lohman TG 2007 Predictors of successful weight control: cross-cultural moderators of treatment outcomes. *Med Sci Sports Exerc* **39**(5):S161.
62. Tomás R, Teixeira PJ, Palmeira AL, Branco TL, Martins SS, Minderico CS, Barata JT, Silva AM, Meyer NL, Sardinha LB 2007 Imagem Corporal e Expectativas como Preditores de Manutenção de Peso Perdido ENDO - Endocrinologia, Diabetes e Nutrição **5**:24.
63. Jeffery RW, Adlis SA, Forster JL 1991 Prevalence of dieting among working men and women: the healthy worker project. *Health Psychol* **10**(4):274-81.
64. Bendixen H, Madsen J, Bay-Hansen D, Boesen U, Ovesen LF, Bartels EM, Astrup A 2002 An observational study of slimming behavior in Denmark in 1992 and 1998. *Obes Res* **10**(9):911-22.
65. Serdula MK, Mokdad AH, Williamson DF, Galuska DA, Mendlein JM, Heath GW 1999 Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight. *JAMA* **282**(14):1353-8.
66. French SA, Jeffery RW, Forster JL, McGovern PG, Kelder SH, Baxter JE 1994 Predictors of weight change over two years among a population of working adults: the Healthy Worker Project. *Int J Obes Relat Metab Disord* **18**(3):145-54.
67. Korkeila M, Rissanen A, Kaprio J, Sorensen TI, Koskenvuo M 1999 Weight-loss attempts and risk of major weight gain: a prospective study in Finnish adults. *Am J Clin Nutr* **70**(6):965-75.
68. Bandura A 1977 Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* **84**(2):191-215.
69. Bandura A 1997 *Self-Efficacy: The Exercise of Control* W.H. Freeman New York, NY.
70. Pratt CA, McLaughlin GW, Gaylord C 1992 A multivariate analysis of weight-loss behavior. *Psychol Rep* **71**(3 Pt 2):1075-84.
71. Dennis KE, Goldberg AP 1996 Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addict Behav* **21**(1):103-16.
72. Oettingen G, Wadden TA 1991 Expectation, fantasy, and weight loss: Is the impact of positive thinking always positive? . *Cognitive Therapy and Research* **15**:167-175.
73. Edell BH, Edington S, Herd B, O'Brien RM, Witkin G 1987 Self-efficacy and self-motivation as predictors of weight loss. *Addict Behav* **12**(1):63-6.
74. Smith MC, Sondhaus E, Porzelius LK 1995 Effect of binge eating on the prediction of weight loss in obese women. *J Behav Med* **18**(2):161-8.
75. Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS 1991 Self-efficacy in weight management. *J Consult Clin Psychol* **59**(5):739-44.
76. Palmeira A, Teixeira P, Branco T, Martins S, Minderico C, Barata J, Serpa S, Sardinha L 2007 Predicting short-time weight loss using four leading health behavior change theories. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* **4**(14).
77. Teixeira PJ, Silva MN, Coutinho SR, Palmeira AL, Mata J, Vieira PN, Carraca EV, Santos TC, Sardinha LB 2009 Mediators of Weight Loss and Weight Loss Maintenance in Middle-aged Women. *Obesity (Silver Spring)*.
78. Bernier M, Avard J 1986 Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight-reduction program *Cognitive Therapy and Research* **10**(3):319-338.
79. Jakicic JM 2009 The effect of physical activity on body weight. *Obesity (Silver Spring)* **17 Suppl 3**:S34-8.
80. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK 2009 American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc* **41**(2):459-71.
81. Sallis JF, Pinski RB, Grossman RM, Patterson TL, Nader PR 1988 The development of self-efficacy scales for health-related diet and exercise behaviors *Health Education Research* **3**(3):283-292.
82. Steinhardt MA, Dishman RK 1989 Reliability and validity of expected outcomes and barriers for habitual physical activity. *J Occup Med* **31**(6):536-46.

83. Sallis J, Grossman RM, Pinski RB, Patterson TL, Nader PR 1987 The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Prev Med* **16**(6):825-36.
84. Wing RR, Jeffery RW 2003 Prescribed "breaks" as a means to disrupt weight control efforts. *Obes Res* **11**(2):287-91.
85. Jeffery RW, Wing RR, Sherwood NE, Tate DF 2003 Physical activity and weight loss: does prescribing higher physical activity goals improve outcome? *Am J Clin Nutr* **78**(4):684-9.
86. King AC, Kiernan M, Oman RF, Kraemer HC, Hull M, Ahn D 1997 Can we identify who will adhere to long-term physical activity? Signal detection methodology as a potential aid to clinical decision making. *Health Psychol* **16**(4):380-9.
87. Sallis JF, Hovell MF 1990 Determinants of exercise behavior. *Exerc Sport Sci Rev* **18**:307-30.
88. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D 1982 The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* **7**(1):47-55.
89. Stunkard AJ, Messick S 1985 The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res* **29**(1):71-83.
90. Bryan J, Tiggemann M 2001 The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite* **36**(2):147-56.
91. Gladis MM, Wadden TA, Vogt R, Foster G, Kuehnel RH, Bartlett SJ 1998 Behavioral treatment of obese binge eaters: do they need different care? *J Psychosom Res* **44**(3-4):375-84.
92. Fogelholm M, Kukkonen-Harjula K, Oja P 1999 Eating control and physical activity as determinants of short-term weight maintenance after a very-low-calorie diet among obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord* **23**(2):203-10.
93. Sherwood NE, Jeffery RW, Wing RR 1999 Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *Int J Obes Relat Metab Disord* **23**(5):485-93.
94. Dalle Grave R, Calugi S, Corica F, Di Domizio S, Marchesini G 2009 Psychological variables associated with weight loss in obese patients seeking treatment at medical centers. *J Am Diet Assoc* **109**(12):2010-6.
95. Traverso A, Ravera G, Lagattolla V, Testa S, Adami GF 2000 Weight loss after dieting with behavioral modification for obesity: the predicting efficiency of some psychometric data. *Eat Weight Disord* **5**(2):102-7.
96. Garner G 1991 *Eating Disorder Inventory Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
97. Womble LG, Williamson DA, Martin CK, Zucker NL, Thaw JM, Netemeyer R, Lovejoy JC, Greenway FL 2001 Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. *Int J Eat Disord* **30**(2):217-21.
98. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, Brewer G 1997 What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *J Consult Clin Psychol* **65**(1):79-85.
99. Linné Y, Hemmingsson E, Adolfsson B, Ramsten J, Rossner S 2002 Patient expectations of obesity treatment-the experience from a day-care unit. *Int J Obes Relat Metab Disord* **26**(5):739-41.
100. Jeffery RW, Wing RR, Mayer RR 1998 Are smaller weight losses or more achievable weight loss goals better in the long term for obese patients? *J Consult Clin Psychol* **66**(4):641-5.
101. Dalle Grave R, Melchionda N, Calugi S, Centis E, Tufano A, Fatati G, Fusco MA, Marchesini G 2005 Continuous care in the treatment of obesity: an observational multicentre study. *J Intern Med* **258**(3):265-73.
102. Yass-Reed EM, Barry NJ, Dacey CM 1993 Examination of pretreatment predictors of attrition in a VLCD and behavior therapy weight-loss program. *Addict Behav* **18**(4):431-5.
103. Byrne S, Cooper Z, Fairburn C 2003 Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord* **27**(8):955-62.

104. Colvin RH, Olson SB 1983 A descriptive analysis of men and women who have lost significant weight and are highly successful at maintaining the loss. *Addict Behav* **8**(3):287-95.
105. Klem ML, Wing RR, Lang W, McGuire MT, Hill JO 2000 Does weight loss maintenance become easier over time? *Obes Res* **8**(6):438-44.
106. Marston AR, Criss J 1984 Maintenance of successful weight loss: incidence and prediction. *Int J Obes* **8**(5):435-9.
107. Provencher V, Begin C, Gagnon-Girouard MP, Gagnon HC, Tremblay A, Boivin S, Lemieux S 2007 Defined weight expectations in overweight women: anthropometrical, psychological and eating behavioral correlates. *Int J Obes (Lond)* **31**(11):1731-8.
108. Silva MN, Markland D, Minderico CS, Vieira PN, Castro MM, Coutinho SR, Santos TC, Matos MG, Sardinha LB, Teixeira PJ 2008 A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health* **8**:234.
109. Dishman RK, Ickes W 1981 Self-motivation and adherence to therapeutic exercise. *J Behav Med* **4**(4):421-38.
110. Deci EL, Ryan RM 1985 *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Plenum Press New York, NY.
111. Teixeira P 2006 Intrinsic Motivation as a Predictor of Weight Control and Physical Activity. In: *Activity ISoBNaP* (ed.), Boston.
112. Silva MN, Markland D, Carraca EV, Vieira PN, Coutinho SR, Minderico CS, Matos MG, Sardinha LB, Teixeira PJ 2010 Exercise Autonomous Motivation Predicts Three-Year Weight Loss in Women. *Med Sci Sports Exerc*.
113. Biddle S, Nigg C 2000 Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology* **131**:290-304.
114. Rotter JB 1966 Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* **80**(1):1-28.
115. Allison DA, Engel CN 1995 Predicting treatment outcomes: why have we been so unsuccessful? In: Allison DA, Pi-Sunyer FX (eds.) *Obesity Treatment: Establishing Goals, Improving Outcomes, and Reviewing the Research Agenda* Plenum Press, New York, NY, pp 191-198.
116. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA 1976 Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol* **44**(4):580-5.
117. Saltzer EB 1982 The weight locus of control (WLOC) scale: a specific measure for obesity research. *J Pers Assess* **46**(6):620-8.
118. Stotland S, Zuroff DC 1990 A new measure of weight locus of control: the Dieting Beliefs Scale. *J Pers Assess* **54**(1-2):191-203.
119. Rose EA, Markland D, Parfitt G 2001 The development and initial validation of the Exercise Causality Orientations Scale. *J Sports Sci* **19**(6):445-62.
120. Goldney RD, Cameron E 1981 Locus of control as a predictor of attendance and success in the management of obesity. *Int J Obes* **5**(1):39-43.
121. Balch P, Ross AW 1975 Predicting success in weight reduction as a function of locus of control: a unidimensional and multidimensional approach. *J Consult Clin Psychol* **43**(1):119.
122. Nir Z, Neumann L 1995 Relationship among self-esteem, internal-external locus of control, and weight change after participation in a weight reduction program. *J Clin Psychol* **51**(4):482-90.
123. Tobias LL, MacDonald ML 1977 Internal locus of control and weight loss: an insufficient condition. *J Consult Clin Psychol* **45**(4):627-53.
124. Rodin J, Bray GA, Atkinson RL, Dahms WT, Greenway FL, Hamilton K, Molitch M 1977 Predictors of successful weight loss in an outpatient obesity clinic. *Int J Obes* **1**(1):79-87.
125. Nir Z, Neumann L 1991 Self-esteem, internal-external locus of control, and their relationship to weight reduction. *J Clin Psychol* **47**(4):568-75.

126. Holt CL, Clark EM, Kreuter MW, Scharff DP 2000 Does locus of control moderate the effects of tailored health education materials? *Health Educ Res* **15**(4):393-403.
127. Rosen JC, Jones A, Ramirez E, Waxman S 1996 Body Shape Questionnaire: studies of validity and reliability. *Int J Eat Disord* **20**(3):315-9.
128. Schwartz MB, Brownell KD 2004 Obesity and body image. *Body Image* **1**(1):43-56.
129. Matz PE, Foster GD, Faith MS, Wadden TA 2002 Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *J Consult Clin Psychol* **70**(4):1040-4.
130. Eldredge KL, Agras WS 1997 The relationship between perceived evaluation of weight and treatment outcome among individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* **22**(1):43-9.
131. Sarwer DB, Thompson JK, Cash TF 2005 Body image and obesity in adulthood. *Psychiatr Clin North Am* **28**(1):69-87, viii.
132. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG 1987 The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* **6**(4):485 - 494.
133. Fox KR, Corbin CB 1989 The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology* **11**(4):408-430.
134. Williamson D, Gleaves D, Watkins P, Schlundt D 1993 Validation of self-ideal body size discrepancy as a measure of body dissatisfaction *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* **15**(1):57-68.
135. Secord PF, Jourard SM 1953 The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol* **17**(5):343-7.
136. Thompson JK 2004 The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image* **1**(1):7-14.
137. Tomás R, Teixeira PJ, Silva MN, Vieira PN, Santos T, Minderico CS, Castro MM, Coutinho S, Marcelino M, Carraca E, Sardinha LB 2008 Body Image and Quality of Life Predict Success in a 12-Month Weight Control Program. *Med Sci Sports Exerc* **40**(5):S84.
138. Annesi JJ, Whitaker AC 2010 Psychological Factors Discriminating Between Successful and Unsuccessful Weight Loss in a Behavioral Exercise and Nutrition Education Treatment. *Int J Behav Med* **17**(3):168-175.
139. Leibbrand R, Fichter MM 2002 Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary? *Behav Res Ther* **40**(11):1275-89.
140. Palmeira AL, Markland DA, Silva MN, Branco TL, Martins SC, Minderico CS, Vieira PN, Barata JT, Serpa SO, Sardinha LB, Teixeira PJ 2009 Reciprocal effects among changes in weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment: a mediation analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* **6**:9.
141. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ 2002 Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* **10**(1):33-41.
142. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM 2003 *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity: A Clinician's Guide* Guilford Press New York, NY.
143. Rosenberg M 1965 *Society and Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
144. Zeller M, Kirk S, Claytor R, Khoury P, Grieme J, Santangelo M, Daniels S 2004 Predictors of attrition from a pediatric weight management program. *J Pediatr* **144**(4):466-70.
145. Ware J, Snow K, Kosinski M, Gandek B 1993 *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. New England Medical Center, The Health Institute, Boston, MA.
146. Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD, Williams GR 2001 Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obes Res* **9**(2):102-11.
147. Kolotkin RL, Norquist JM, Crosby RD, Suryawanshi S, Teixeira PJ, Heymsfield SB, Erondy N, Nguyen AM 2009 One-year health-related quality of life outcomes in weight loss trial participants: comparison of three measures. *Health Qual Life Outcomes* **7**:53.

148. Clark MM, Niaura R, King TK, Pera V 1996 Depression, smoking, activity level, and health status: pretreatment predictors of attrition in obesity treatment. *Addict Behav* **21**(4):509-13.
149. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W 1996 Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* **67**(3):588-97.
150. Shipman WG, Plesset MR 1963 Predicting the outcome for obese dieters. *J Am Diet Assoc* **42**:383-6.
151. Annesi JJ, Whitaker AC 2008 Relations of mood and exercise with weight loss in formerly sedentary obese women. *Am J Health Behav* **32**(6):676-83.
152. Silva MN, Vieira PN, Coutinho SR, Minderico CS, Matos MG, Sardinha LB, Teixeira PJ 2009 Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *J Behav Med*.
153. Ryan RM, Deci EL 2000 Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* **55**(1):68-78.
154. Silva MN, Teixeira PJ, Sardinha LB 2006 Programa PESO: Emagrecer com Saúde na Faculdade. *Rev Univ Lusófona*.
155. Sousa H, Rosa J 2002 Validação preliminar da escala de auto-eficácia para o exercício Psicologia do Desporto e Actividades Físicas. ULHT, Lisboa.
156. Machado P, Golçalves S, Martins C, Soares I 2001 The Portuguese Version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its Psychometric Properties. *Eur Eat Disorders Rev* **9**:43-52.
157. van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB 1986 The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders* **5**:295–315.
158. Viana V, Sinde S 2003 Estilo Alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática* **8**:59-71.
159. Silva MN, Vieira PN, Minderico CS, Castro MM, Coutinho SR, Santos TC, Teixeira PJ 2007 Testing a Portuguese Self-Determination Theory-based Psychometric battery International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity Annual Meeting, Oslo, Norway.
160. Sheldon G, Williams G, Joiner T 2003 Self-determination theory on the clinic: Motivating physical and mental health. Yale University Press, New Haven, CT.
161. Antunes P, Palmeira A 2003 Motivation for Physical Education Classes: Its Relations with Physical Self-Perceptions and Body Mass Index XI Conference of the European Federation of Sport Psychology., Copenhagen, Denmark.
162. Fonseca A, Fox K 2002 Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto* **2**(5):11-23.
163. Williamson D, Davis C, Bennett S, Goreczny A, Gleaves D 1989 Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. *Behavioral Assessment*. **11**(4):433-446.
164. Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse CK 1995 Assessing Impact of Weight on Quality of Life. *Obes Res* **3**(1):49-56.
165. Engel SG, Kolotkin RL, Teixeira PJ, Sardinha LB, Vieira PN, Palmeira AL, Crosby RD 2005 Psychometric and cross-national evaluation of a Portuguese version of the Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite) questionnaire. *Europ Eat Disord Rev* **13**(2):133 - 143
166. Beck A, Steer R, Brown K 1996 Manual for the Beck Depression Inventory. The Psychological Corporation, San Antonio, TX.
167. American Psychiatric Association 2000 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition ed. American Psychiatric Publishing, Inc, pp 943

168. Cunha JA 2001 Manual da Versão em Português das Escalas de Beck. Casa do Psicólogo/The Psychological Corporation, São Paulo, SP.
169. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R 1970 Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
170. Silva D 2003 Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. In: Gonçalves MM, Simões MR, Almeida LS, Machado C (eds.) Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa, vol. I. Quarteto., Coimbra, pp 45-63.
171. Schulz K, Altman D, Moher D 2010 CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* **340**:c332.
172. Shao J, Jordan DC, Pritchett YL 2009 Baseline observation carry forward: reasoning, properties, and practical issues. *J Biopharm Stat* **19**(4):672-84.
173. Ware JH 2003 Interpreting incomplete data in studies of diet and weight loss. *N Engl J Med* **348**(21):2136-7.
174. Liu-Seifert H, Zhang S, D'Souza D, Skljarevski V 2010 A closer look at the baseline-observation-carried-forward (BOCF). *Patient Prefer Adherence* **4**:11-6.
175. Haukoos JS, Newgard CD 2007 Advanced statistics: missing data in clinical research--part 1: an introduction and conceptual framework. *Acad Emerg Med* **14**(7):662-8.
176. Gadbury GL, Coffey CS, Allison DB 2003 Modern statistical methods for handling missing repeated measurements in obesity trial data: beyond LOCF. *Obes Rev* **4**(3):175-84.
177. Warziski MT, Sereika SM, Styn MA, Music E, Burke LE 2008 Changes in self-efficacy and dietary adherence: the impact on weight loss in the PREFER study. *J Behav Med* **31**(1):81-92.
178. Womble LG, Wadden TA, McGuckin BG, Sargent SL, Rothman RA, Krauthamer-Ewing ES 2004 A randomized controlled trial of a commercial internet weight loss program. *Obes Res* **12**(6):1011-8.
179. Menard S 1995 Applied Logistic Regression Analysis. Quantitative Applications in the Social Sciences, vol. . Sage Publications.
180. Cohen J, Cohen P, West S, Aiken LS 2002 Longitudinal Regression Methods Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences Third ed. Routledge Academic, pp 570-1.
181. Cohen J 1988 Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
182. Foreyt JP, Brunner RL, Goodrick GK, Cutter G, Brownell KD, St Jeor ST 1995 Psychological correlates of weight fluctuation. *Int J Eat Disord* **17**(3):263-75.
183. Shannon B, Bagby R, Wang MQ, Trenkner L 1990 Self-efficacy: A contributor to the explanation of eating behavior. *Health Education Research* **5**:395-407.
184. Gould JE 2002 Concise handbook of experimental methods for the behavioral and biological sciences. CRC Press, Boca Raton, FL.
185. Ben-Tovim DI, Walker MK 1991 The development of the Ben-Tovim Walker Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies. *Psychol Med* **21**(3):775-84.
186. Bryant EJ, King NA, Blundell JE 2008 Disinhibition: its effects on appetite and weight regulation. *Obes Rev* **9**(5):409-19.
187. Foster GD, Wadden TA, Swain RM, Stunkard AJ, Platte P, Vogt RA 1998 The Eating Inventory in obese women: clinical correlates and relationship to weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord* **22**(8):778-85.
188. Clark MM, Marcus BH, Pera V, Niaura RS 1994 Changes in eating inventory scores following obesity treatment. *Int J Eat Disord* **15**(4):401-5.
189. Karlsson J, Hallgren P, Kral J, Lindroos AK, Sjostrom L, Sullivan M 1994 Predictors and effects of long-term dieting on mental well-being and weight loss in obese women. *Appetite* **23**(1):15-26.
190. Jakicic JM 2002 The role of physical activity in prevention and treatment of body weight gain in adults. *J Nutr* **132**(12):3826S-3829S.

191. Annesi JJ, Whitaker AC 2010 Psychological factors associated with weight loss in obese and severely obese women in a behavioral physical activity intervention. *Health Educ Behav* **37**(4):593-606.
192. Ng DM, Jeffery RW 2003 Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychol* **22**(6):638-42.
193. Richman R, Burns CM, Steinbeck K, Caterson L 1992 Factors influencing completion and attrition in a weight control program. In: G. A, Guy-Grand B, Lafontane M, Ricquier D (eds.) *Obesity in Europe 91*. John Libbey, London, United Kingdom, pp 167-71.
194. Wing RR 1998 Behavioral approach to the treatment of obesity. In: Bray GA, Bouchard C, James PT (eds.) *Handbook of Obesity: Etiology and Pathophysiology*. Marcel Dekker, New York, NY, pp 855-73.
195. Wicklund RA, Gollwitzer PM 1982 *Symbolic Self-Completion*. Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
196. Carver CS, Scheier MF 1990 Origins and Functions of Positive and Negative Affect: A Control-Process View. *Psychological Review* **97**(1):19-35
197. Wadden TA, Foster GD 2006 Weight and Lifestyle Inventory (WALI). *Obesity (Silver Spring)* **14 Suppl 2**:99S-118S.
198. Piers EV 1984 *Piers-Harris Self-Concept Scale*. Western Psychological Services, Los Angeles, CA.
199. Berenson GS, Bonura SR, Hunter S, Webber LS, Myers L, Johnson C 1997 Learned helplessness with excess weight and other cardiovascular risk factors in children. *American Journal of Health Behavior* **21**(1):51-59.

ANEXOS

HPHT

1. O nosso peso sofre alterações durante a vida adulta. Assinale a afirmação que melhor a descreve durante a vida adulta, não considerando períodos de doença. (Não assinale os momentos de gravidez)

- 1.1 _____ O peso manteve-se relativamente estável (mais ou menos 5 Kg)
1.2 _____ O peso aumentou consistentemente
1.3 _____ O peso aumentou e depois baixou em mais de 5 Kg

2. Perdeu peso de forma significativa (≥ 5 Kg) nos últimos dois anos? ___ Sim; ___ Não

2.1 Se sim, qual a quantidade de quilos que perdeu? _____ Kg

3. Há quanto tempo tem o seu peso actual? _____ (meses/anos)

4. Qual era o seu peso aproximado nas seguintes idades (assinale apenas as idades que se aplicam a si)?

4.1. 18 anos _____ Kg 4.2. 25 anos _____ Kg 4.3. 30 anos _____ Kg 4.4. 40 anos _____ Kg

5. Qual o seu peso mais elevado enquanto adulta (desde os 18 anos, não considerando alturas em que esteve grávida)? _____ Kg

6. Qual o seu peso mais baixo enquanto adulta (desde os 18 anos)? _____ Kg

Se sim, que idade tinha quando percebeu que estava com peso a mais? _____ (anos)

7. Está descontente com o seu peso actual? _____ (sim/não)

Qual o peso que considera saudável? _____ Kg

Se está com excesso de peso, quantos quilos pensa que tem a mais? _____ Kg

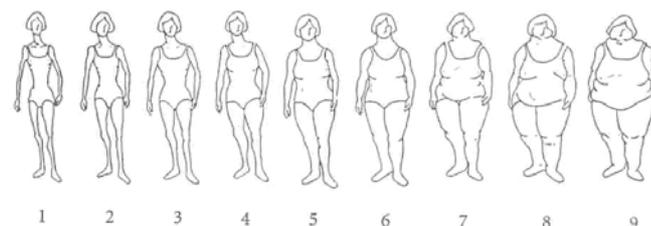
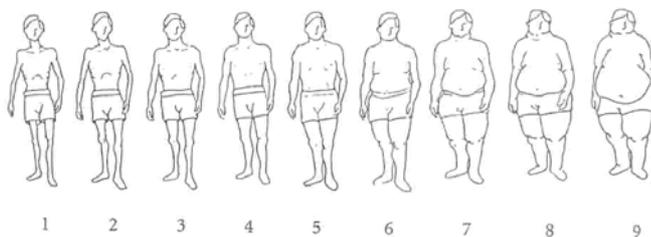
8. Utilize as silhuetas para responder às seguintes questões:

a) Qual a figura que mais se assemelha ao peso adulto médio da sua mãe? _____

b) Qual a figura que mais se assemelha ao peso adulto médio do seu pai? _____

c) Qual a figura que melhor representa a sua silhueta ACTUAL? _____

d) Qual a figura que melhor representa a sua silhueta IDEAL? _____



9. Já alguma vez foi aconselhada a perder peso? ___ Sim; ___ Não

Quem a aconselhou? _____

10. Já alguma vez tentou perder peso? ___ Sim; ___ Não

i. Já tentou perder peso mais do que uma vez? ___ Sim; ___ Não

a. Se sim, quantas vezes (aproximadamente)? _____ Vezes

b. No último ano, quantas vezes tentou perder peso? ___ _____ Vezes

c. Em alguma das tentativas anteriores teve sucesso? ___ Sim; ___ Não

ii. Durante quanto tempo permaneceu em média, numa tentativa? _____

(dias/meses/anos)

iii. Que idade tinha quando tentou perder peso, pela primeira vez? _____ Anos

11. Qual o período do ano que escolhe, preferencialmente, para tentar perder peso? Se nenhum em particular, deixe em branco

Inverno

Outono

Primavera

Verão

12. Quando tentou perder peso, o que fez?

i. Reduziu a quantidade de alimentos? ___ Sim; ___ Não

ii. Reduziu a quantidade de alimentos com gordura? ___ Sim; ___ Não

iii. Reduziu a quantidade de alimentos com açúcar? ___ Sim; ___ Não

iv. Não fez algumas refeições (saltou refeições)? ___ Sim; ___ Não

v. Aumentou a quantidade de exercício físico? ___ Sim; ___ Não

vi. Tomou comprimidos para emagrecer? ___ Sim; ___ Não

vii. Seguiu uma dieta aconselhada por amigos / família? ___ Sim; ___ Não

viii. Recebeu orientações de um especialista? ___ Sim; ___ Não

ix. Participou em algum programa devidamente estruturado com o objectivo de controlo de peso? ___ Sim; ___ Não

x. Utilizou uma banda gástrica ou intervenção cirúrgica? ___ Sim; ___ Não

13. Qual o grau de dificuldade ou facilidade que tem para GANHAR peso (escolha uma hipótese)

Extremamente
Difícil
1

Moderadament
e Difícil
2

Nem Fácil
nem Difícil
3

Moderadament
e Fácil
4

Extremament
e Fácil
5

14. Qual o grau de dificuldade ou facilidade que tem para PERDER peso (escolha uma hipótese)

Extremamente
Difícil
1

Moderadament
e Difícil
2

Nem Fácil
nem Difícil
3

Moderadament
e Fácil
4

Extremament
e Fácil
5

PB-E

Para si, uma importante barreira para a realização de exercício ou actividade física é:

	DISCORDO ABSOLUTAMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO ABSOLUTAMENTE
1. Estou cheia de trabalho.	1	2	3	4	5
2. O exercício interfere com a escola ou trabalho.	1	2	3	4	5
3. Não tenho tempo suficiente.	1	2	3	4	5
4. Sou muito preguiçosa.	1	2	3	4	5
5. Não tenho motivação suficiente.	1	2	3	4	5
6. Estou muito cansada.	1	2	3	4	5
7. Estou demasiado fatigada com o exercício.	1	2	3	4	5
8. O exercício é aborrecido para mim.	1	2	3	4	5
9. O exercício é muito inconveniente.	1	2	3	4	5
10. Tenho uma limitação por razões de saúde.	1	2	3	4	5
11. Tenho demasiadas obrigações familiares.	1	2	3	4	5

AE-Ex

Por favor classifique qual o **grau de confiança** com que realmente seria capaz de se **motivar a si própria** para fazer coisas como estas consistentemente, pelo menos durante SEIS MESES.

	De certeza que não seria capaz	Provavelmente não seria capaz	Não tenho a certeza	Provavelmente seria capaz	De certeza que seria capaz
1. Manter-me num programa de exercício quando a família/amigos estão a exigir mais tempo para eles próprios.	1	2	3	4	5
2. Manter-me num programa de exercício quando tenho rotinas diárias para fazer.	1	2	3	4	5
3. Manter-me num programa de exercício quando me exigem excessivamente no trabalho ou escola.	1	2	3	4	5
4. Manter-me num programa de exercício quando tenho obrigações sociais que consomem muito tempo.	1	2	3	4	5
5. Ler ou estudar menos para poder fazer mais exercício.	1	2	3	4	5
6. Manter-me num programa de exercício depois de um longo e cansativo dia no trabalho ou na escola.	1	2	3	4	5
7. Manter-me num programa de exercício mesmo quando me estou a sentir deprimida.	1	2	3	4	5
8. Arranjar tempo para um programa de actividade física.	1	2	3	4	5
9. Continuar a fazer exercício com outras pessoas mesmo quando elas parecem muito rápidas ou muito lentas para mim.	1	2	3	4	5
10. Manter-me num programa de exercício durante uma alteração importante na minha vida (por exemplo, morte de um familiar, mudar de casa).	1	2	3	4	5

AE-AI

Leia as afirmações seguintes e coloque um círculo no número à direita que melhor descreve o seu **grau de confiança** em controlar o que come em cada situação.

	Nada Confiante					Muito Confiante				
1. Consigo resistir à comida quando estou ansiosa (nervosa)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Consigo controlar o que como durante os fins-de-semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Consigo resistir à comida, mesmo quando tenho de dizer “não” a outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Consigo resistir à comida mesmo quando me estou a sentir fisicamente cansada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Consigo resistir à comida quando estou a ver televisão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Consigo resistir à comida quando estou deprimida (ou “em baixo”)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Consigo resistir à comida quando estão disponíveis muitos tipos de comida diferentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Consigo resistir à comida mesmo quando sinto que é indelicado recusar repetir o prato	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Consigo resistir à comida mesmo quando tenho uma dor de cabeça.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Consigo resistir à comida quando estou a ler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Consigo resistir à comida quando estou zangada (ou irritada)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Consigo resistir à comida mesmo quando estou numa festa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Consigo resistir à comida mesmo quando outros me estão a pressionar para comer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Consigo resistir à comida quando estou com dores.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Consigo resistir à comida mesmo antes de ir me deitar.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Consigo resistir à comida quando sinto que falhei	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Consigo resistir à comida mesmo quando estão disponíveis alimentos com muitas calorias.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Consigo resistir à comida mesmo quando penso que as outras pessoas ficarão chateadas se não comer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Consigo resistir à comida quando sinto desconforto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Consigo resistir à comida quando estou alegre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ICA

PARTE I: A seguir encontra várias afirmações seguidas de quatro letras. Assinale com um círculo a letra que melhor traduz a sua forma de pensar.

**Se: Concorda totalmente assinale A;
 Concorda na maior parte marque B;
 Discorda na maior parte marque C;
 Discorda totalmente marque D.**

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Quando sinto o aroma de um alimento saboroso, ou vejo um alimento com aspecto delicioso, tenho dificuldade em evitar comê-lo mesmo que tenha acabado de fazer uma refeição	A	B	C	D
2. Em ocasiões sociais, como por exemplo festas, geralmente como demais	A	B	C	D
3. Tenho normalmente tanta fome que como mais do que três refeições por dia	A	B	C	D
4. Quando já comi o que penso ser a minha “dose” certa de calorias, geralmente consigo parar de comer	A	B	C	D
5. É muito difícil para mim fazer dieta porque fico com muita fome	A	B	C	D
6. Como deliberadamente pequenas porções de comida como forma de controlar o peso	A	B	C	D
7. Às vezes os alimentos sabem tão bem que continuo a comê-los mesmo quando já não tenho fome	A	B	C	D
8. Uma vez que sinto fome, gostava que um nutricionista me dissesse, enquanto estou a comer, se já comi o suficiente ou se podia comer mais um pouco	A	B	C	D
9. Dou por mim a comer quando me sinto ansioso	A	B	C	D
10. A vida é demasiado curta para me preocupa com dietas	A	B	C	D
11. Uma vez que o meu peso sobe e desce, por vezes faço dieta	A	B	C	D
12. Às vezes sinto tanta fome que tenho logo que comer qualquer coisa	A	B	C	D
13. Quando estou com alguém que come demasiadamente geralmente também como excessivamente	A	B	C	D
14. Tenho uma boa noção das calorias existentes nos alimentos comuns	A	B	C	D
	Concordo	Concordo	Discordo	Discordo

	totalmente	na maior parte	na maior parte	totalmente
15. Às vezes quando começo a comer, parece que não consigo parar	A	B	C	D
16. Não me é difícil deixar comida no prato	A	B	C	D
17. A certas horas do dia sinto fome porque me habituei a comer	A	B	C	D
18. Quando faço dieta e como um alimento que não é permitido, durante um certo período de tempo como menos para compensar	A	B	C	D
19. Estar com alguém que está a comer deixa-me muitas vezes com fome suficiente para comer também	A	B	C	D
20. Quando me sinto deprimido geralmente como excessivamente	A	B	C	D
21. Gosto demasiado de comer, para estragar tudo a contar calorias ou a controlar o peso	A	B	C	D
22. Quando vejo um alimento muito apetitoso geralmente fico com tanta fome que tenho que comer	A	B	C	D
23. Geralmente paro de comer quando ainda não estou realmente "cheio", como forma consciente de limitar a quantidade do que como	A	B	C	D
24. Fico tão esfomeado que o meu estômago parece muitas vezes estar sempre vazio	A	B	C	D
25. O meu peso raramente variou nos últimos anos	A	B	C	D
26. Sinto-me sempre de tal maneira esfomeado, que me é muito difícil parar de comer antes de acabar tudo o que tenho prato	A	B	C	D
27. Quando me sinto só consolo-me a comer	A	B	C	D
28. Contenho-me no que como para não ganhar peso	A	B	C	D
29. Às vezes, ao fim da tarde ou durante a noite, fico com muita fome	A	B	C	D
30. Como tudo o que quero e sempre que me apetece	A	B	C	D
31. Mesmo sem pensar nisso, demoro muito tempo a comer	A	B	C	D
32. Calculo as calorias dos alimentos que ingiro de forma a controlar o meu peso	A	B	C	D
33. Não como certos alimentos porque me fazem engordar	A	B	C	D
34. Tenho sempre fome suficiente para comer a qualquer momento	A	B	C	D

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 35. Presto muita atenção a eventuais modificações do meu corpo | A | B | C | D |
| 36. Quando estou a fazer dieta, se como um alimento que não é permitido, acabo depois por comer ainda mais e ingerir alimentos muito calóricos | A | B | C | D |

PARTE II: Cada questão nesta secção é seguida por um número de opções de resposta. Depois de ler cada questão cuidadosamente, escolha a opção que melhor se aplica a si e coloque um círculo no número apropriado.

- | | | | | |
|---|-----------------|---|--|----------------|
| 37. Qual a frequência com que faz dieta, como forma de controlar o seu peso? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 38. Uma flutuação de peso de 2 a 2,5 quilos afectaria a sua alimentação? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nada | Um pouco | Moderadamente | Muito |
| 39. Com que frequência sente fome? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Só às refeições | Às refeições e, por vezes, entre as refeições | Às refeições e, frequentemente, entre as refeições | Quase sempre |
| 40. Os sentimentos de culpa que sente quando come demais ajudam-no/a a limitar a ingestão de alimentos? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nunca | Raramente | Geralmente | Sempre |
| 41. Que dificuldade teria se parasse de comer a meio de um jantar e tivesse que se manter sem comer nas 4 horas seguintes? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Fácil | Ligeiramente difícil | Razoavelmente difícil | Muito difícil |
| 42. Quanto consciente está daquilo que come? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nada | Pouco | Moderadamente | Extremamente |
| 43. Com que frequência evita abastecer-se de alimentos que acha tentadores mas demasiado calóricos? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Geralmente | Quase sempre |
| 44. Qual a probabilidade de comprar alimentos “light” ou de baixo valor calórico (iogurtes dietéticos tipo “Linha Zero”, “Cola Diet”, leite magro)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Não é provável | Pouco provável | Moderadamente provável | Muito provável |

45. Come de forma equilibrada na presença de outras pessoas e excessivamente quando está sozinho/a?

1	2	3	4
Nunca	Raramente	Geralmente	Sempre

46. Qual a probabilidade de intencionalmente comer devagar para diminuir a quantidade do que come?

1	2	3	4
Não é provável	Pouco provável	Moderadamente provável	Muito provável

47. Com que frequência não come sobremesa porque já não tem fome?

1	2	3	4
Menos do que 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês mas menos do que 1 vez por semana	Entre 1 e 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana

48. Qual a probabilidade de conscientemente comer menos do que o que realmente gostaria de comer?

1	2	3	4
Não é provável	Pouco provável	Moderadamente provável	Muito provável

49. Tem episódios em que come excessivamente mesmo sem ter fome?

1	2	3	4
Nunca	Menos do que 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês mas menos do que 1 vez por semana	1 ou mais vezes por semana

50. Numa escala de 0 a 5, em que o significa não fazer qualquer restrição alimentar (comer o que quiser e quando quiser) e 5 traduz o máximo de restrição (limitar constantemente a ingestão de alimentos sem nunca ceder), que número traduziria o seu comportamento?

0. Come sempre o que quer e quando quer
1. A maior parte das vezes come o que quer e quando quer
2. Geralmente come o que quer e quando quer
3. Geralmente limita a ingestão mas às vezes come tudo o que lhe apetece
4. A maior parte das vezes limita a ingestão e raramente come tudo o que lhe apetece
5. Limita sempre a ingestão de alimentos e nunca come tudo o que lhe apetece

51. Em que medida a seguinte frase corresponde ao seu comportamento alimentar: “Começo a fazer dieta de manhã, mas porque acontecem tantas coisas durante o dia, quando chego à noite já desisti e como aquilo que quero, prometendo a mim mesmo iniciar a dieta no dia seguinte”.

1	2	3	4
Não sou nada assim	Normalmente não sou assim	Uma descrição razoável do meu comportamento	Descreve-me na perfeição

52. Se comi um bocadinho mais num dia, compenso isso no dia seguinte. V F

53. Ingiro alimentos para emagrecer, mesmo que não tenham um sabor muito bom. V F

54. Fazer uma dieta para eu perder peso seria muito maçador. V F

- | | | |
|---|---|---|
| 55. Apesar de prestar muita atenção à minha figura, posso ter prazer com a variedade dos alimentos. | V | F |
| 56. Prefiro saltar uma refeição do que parar de comer depois de já ter ingerido metade da refeição. | V | F |
| 57. Alternando entre momentos em que estou estritamente a fazer dieta e momentos em que não presto muita atenção ao que como e à quantidade que ingiro. | V | F |
| 58. Às vezes salto refeições para evitar ganhar peso. | V | F |
| 59. Estou a evitar certos alimentos, por norma, mesmo apesar de gostar deles. | V | F |
| 60. Enquanto perco peso, tento aderir a um plano. | V | F |
| 61. Geralmente prefiro alimentos “light” que não fazem engordar. | V | F |
| 62. Se comi um bocadinho a mais numa refeição, compenso isso na refeição seguinte. | V | F |
| 63. Sem um plano de dieta, nem saberia como controlar o meu peso. | V | F |
| 64. O sucesso rápido durante uma dieta é muito importante para mim. | V | F |
| 65. Costuma restringir deliberadamente o que come nas refeições apesar de lhe apetecer comer mais? | | |

1
Sempre

2
Muitas Vezes

3
Raramente

4
Nunca

EDI-2

As questões seguintes pretendem quantificar várias atitudes, reacções e comportamentos. Alguns dos pontos estão relacionados com a comida e alimentação, outros interrogam-na sobre a sua atitude em relação a si própria. Não há respostas certas nem erradas. Por favor, procure ser totalmente honesta nas suas respostas. Os resultados são confidenciais. Leia cada pergunta e coloque um (X) por baixo da coluna que melhor se aplica.

	Sempre	Normalmente	Frequente-mente	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervosa	<input type="checkbox"/>					
2. Acho que o meu estômago é grande demais	<input type="checkbox"/>					
3. Desejava voltar à segurança da infância	<input type="checkbox"/>					
4. Como quando estou preocupada	<input type="checkbox"/>					
5. Empanturro-me de comida	<input type="checkbox"/>					
6. Gostava de ser mais nova	<input type="checkbox"/>					
7. Penso em fazer dieta	<input type="checkbox"/>					
8. Sinto-me assustada quando os meus sentimentos são muito intensos	<input type="checkbox"/>					
9. Acho as minhas coxas muito gordas	<input type="checkbox"/>					
10. Sinto-me inútil como pessoa	<input type="checkbox"/>					
11. Sinto-me extremamente culpada depois de comer demais	<input type="checkbox"/>					
12. Acho que o meu estômago tem o tamanho exacto	<input type="checkbox"/>					
13. Apenas realizações brilhantes são aceites na minha família	<input type="checkbox"/>					
14. A época mais feliz da minha vida é a infância	<input type="checkbox"/>					
15. Falo abertamente dos meus sentimentos	<input type="checkbox"/>					
16. Fico aterrorizada com a ideia de ganhar peso	<input type="checkbox"/>					
17. Confio nos outros	<input type="checkbox"/>					
18. Sinto-me sozinha no mundo	<input type="checkbox"/>					
19. Gosto da forma do meu corpo	<input type="checkbox"/>					

20.	Geralmente sinto que controlo a minha vida	<input type="checkbox"/>					
		Sempre	Normalmente	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
21.	Fico confusa acerca da emoção que estou a sentir	<input type="checkbox"/>					
22.	Preferia ser adulto a criança	<input type="checkbox"/>					
23.	Comunico facilmente com os outros	<input type="checkbox"/>					
24.	Desejava ser outra pessoa	<input type="checkbox"/>					
25.	Exagero a importância do peso	<input type="checkbox"/>					
26.	Facilmente identifico o que sinto	<input type="checkbox"/>					
27.	Sinto-me inadequada	<input type="checkbox"/>					
28.	Tenho relacionamentos íntimos	<input type="checkbox"/>					
29.	Quando criança esforçava-me por não desapontar pais e professores	<input type="checkbox"/>					
30.	Tenho relacionamentos próximos	<input type="checkbox"/>					
31.	Gosto a forma das minhas nádegas	<input type="checkbox"/>					
32.	Estou preocupada com o desejo de ser mais magra	<input type="checkbox"/>					
33.	Não sei o que se passa dentro de mim	<input type="checkbox"/>					
34.	Tenho dificuldades em expressar os meus sentimentos aos outros	<input type="checkbox"/>					
35.	As exigências da vida adulta são demasiadas	<input type="checkbox"/>					
36.	Detesto não ser a melhor	<input type="checkbox"/>					
37.	Tenho confiança em mim	<input type="checkbox"/>					
38.	Penso em empanturrar-me com comida	<input type="checkbox"/>					
39.	Sinto-me contente por já não ser uma criança	<input type="checkbox"/>					
40.	Fico confusa para saber se tenho fome ou não	<input type="checkbox"/>					
41.	Tenho fraca opinião a meu respeito	<input type="checkbox"/>					
42.	Sinto-me capaz de atingir os objectivos que tracei para mim própria	<input type="checkbox"/>					

43.	Os meus pais têm esperado o máximo de mim	<input type="checkbox"/>					
44.	Preocupa-me que os meus sentimentos fiquem fora de controlo	<input type="checkbox"/>					
45.	Penso que as minhas ancas são muito largas	<input type="checkbox"/>					
46.	Como moderadamente em frente aos outros e empanturro-me quando se vão embora	<input type="checkbox"/>					
		Sempre	Normalmente	Frequente- mente	Às vezes	Raramente	Nunca
47.	Sinto-me enfartada depois de comer uma refeição normal	<input type="checkbox"/>					
48.	Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças	<input type="checkbox"/>					
49.	Se aumento 1 kg preocupa-me continuar a aumentar de peso	<input type="checkbox"/>					
50.	Sinto que sou uma pessoa capaz	<input type="checkbox"/>					
51.	Quando estou aborrecida não sei se estou triste, assustada ou zangada	<input type="checkbox"/>					
52.	Se não faço as coisas na perfeição prefiro não as fazer	<input type="checkbox"/>					
53.	Já pensei em tentar vomitar para perder peso	<input type="checkbox"/>					
54.	Preciso manter as pessoas a uma certa distancia: sinto-me mal quando se tentam aproximar muito	<input type="checkbox"/>					
55.	Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo	<input type="checkbox"/>					
56.	Sinto-me vazia por dentro (emocionalmente)	<input type="checkbox"/>					
57.	Consigo falar dos meus sentimentos ou pensamentos pessoais	<input type="checkbox"/>					
58.	Os melhores anos da nossa vida são quando nos tornamos adultos	<input type="checkbox"/>					
59.	Acho as minhas nádegas grandes demais	<input type="checkbox"/>					
60.	Tenho sentimentos que não consigo identificar	<input type="checkbox"/>					
61.	Como ou bebo às escondidas	<input type="checkbox"/>					
62.	Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo	<input type="checkbox"/>					
63.	Tenho objectivos muito elevados	<input type="checkbox"/>					

64.	Quando ando aborrecida receio começar a comer	<input type="checkbox"/>					
65.	As pessoas de quem realmente gosto acabam sempre por me decepcionar	<input type="checkbox"/>					
66.	Tenho vergonha das minhas fraquezas humanas	<input type="checkbox"/>					
67.	Certas pessoas acham que eu sou emocionalmente instável	<input type="checkbox"/>					
68.	Gostaria de ter controlo total sobre os desejos do meu corpo	<input type="checkbox"/>					
69.	Sinto-me bem na maioria das situações de grupo	<input type="checkbox"/>					
70.	Digo coisas sem pensar que depois me arrependo	<input type="checkbox"/>					
71.	Sou capaz de grandes trabalhos e às vezes de ultrapassar os meus limites	<input type="checkbox"/>					
		Sempre	Normalmente	Frequente-mente	Às vezes	Raramente	Nunca
72.	Tenho que ter cuidado com a minha tendência para abusar de drogas	<input type="checkbox"/>					
73.	Estou à vontade com a maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>					
74.	Sinto-me encurralada nas relações com as pessoas	<input type="checkbox"/>					
75.	Privar-me das coisas faz-me sentir mais forte emocionalmente	<input type="checkbox"/>					
76.	As pessoas compreendem os meus verdadeiros problemas	<input type="checkbox"/>					
77.	Não consigo livrar-me de pensamentos estranhos que tenho na cabeça	<input type="checkbox"/>					
78.	Comer por prazer é sinal de fraqueza moral	<input type="checkbox"/>					
79.	Tenho tendência para ter ataques de raiva e fúria	<input type="checkbox"/>					
80.	Sinto que as pessoas me valorizam como eu mereço	<input type="checkbox"/>					
81.	Tenho que ter cuidado com a minha tendência para abusar do álcool	<input type="checkbox"/>					
82.	Acho que desconstrair é simplesmente uma perda de tempo	<input type="checkbox"/>					
83.	Certas pessoas acham que me irrito facilmente	<input type="checkbox"/>					

- | | | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 84. | Sinto que nada me corre bem | <input type="checkbox"/> |
| 85. | Sinto grandes alterações de humor | <input type="checkbox"/> |
| 86. | Os desejos do meu corpo embaraçam-me | <input type="checkbox"/> |
| 87. | Preferia estar mais tempo sozinha do que com outras pessoas | <input type="checkbox"/> |
| 88. | O sofrimento torna as pessoas melhores | <input type="checkbox"/> |
| 89. | Sei que as pessoas gostam de mim | <input type="checkbox"/> |
| 90. | Sinto que me devo magoar ou magoar os outros | <input type="checkbox"/> |
| 91. | Sinto que realmente sei quem sou | <input type="checkbox"/> |

DEBQ

Nas páginas seguintes vai encontrar um certo número de perguntas respeitantes aos seus hábitos alimentares. Leia atentamente cada pergunta e assinale com uma cruz o quadrado correspondente à resposta que considera mais adequada para si. Só deve dar uma única resposta para cada pergunta. Não se detenha muito tempo perante uma pergunta, pois a primeira resposta (impressão) é muitas vezes a melhor.

1 - Quando está irritado(a), apetece-lhe comer? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca estou irritado(a)	7 - Acontece-lhe recusar comidas ou bebidas porque controla o seu peso? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente
2 - Se tem diante de si um prato saboroso, come mais do que habitualmente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente	8 - Apetece-lhe comer quando se sente só? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca me sinto só
3 - Apetece-lhe comer quando não tem nada que fazer? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tenho sempre alguma coisa que fazer	9 - Apetece-lhe comer quando cheira ou vê algo de apetitoso? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente
4 - Quando aumenta um pouco de peso, come menos do que habitualmente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca aumento de peso	10 - Quando se sente abandonado(a), apetece-lhe comer? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca me sinto abandonado(a)
6 - Se um prato, pelo seu cheiro ou aspecto, lhe parece apetitoso, come mais do que habitualmente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente	12 - Se tem ao seu dispôr um alimento apetitoso, come-o imediatamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente

<p>13 - Apetece-lhe comer quando está zangado(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca estou zangado(a)</p>	<p>21 - Pode resistir a alimentos deliciosos?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>14 - Vigia exactamente o que come?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>	<p>22 - Come voluntariamente menos para não engordar?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>15 - Quando passa por uma padaria, apetece-lhe comer qualquer coisa?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>	<p>23 - Apetece-lhe comer quando algo o (a) contraria, ou então não come como queria?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>16 - Apetece-lhe comer quando espera algo de desagradável?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>	<p>24 - Quando passa diante de um <i>snack-bar</i> ou de um café, apetece-lhe entrar e comer qualquer coisa?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>17 - Come voluntariamente alimentos com poucas calorias?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>	<p>25 - Apetece-lhe comer quando se sente enervado(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca me sinto enervado(a)</p>
<p>18 - Quando vê outras pessoas comer, apetece-lhe fazer o mesmo?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>	<p>26 - Tenta não comer entre as refeições porque controla o seu peso?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>

<p>19 - Come menos do que habitualmente quando comeu demasiado na véspera?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca como demasiado</p>	<p>27 - Come mais do que habitualmente quando vê outras pessoas comer?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>20 - Apetece-lhe comer quando está inquieto(a), preocupado(a) ou tenso(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca estou inquieto(a), preocupado(a) ou tenso(a)</p>	<p>28 - Apetece-lhe comer quando está aborrecido(a) ou inquieto(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca estou aborrecido(a) ou inquieto(a)</p>
<p>29 - Tenta não comer ao serão porque controla o seu peso?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>	<p>32 - Apetece-lhe comer quando se sente decepcionado(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca me sinto decepcionado(a)</p>
<p>30 - Apetece-lhe comer quando se sente ansioso(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca me sinto ansioso(a)</p>	<p>33 - Quando prepara uma refeição, come alguma coisa?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>31 - Quando come, pensa no seu peso?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>	

ARP

1. Qual é o seu **peso de sonho**, aquele que escolheria para si, se pudesse escolher qualquer peso? _____(kg)

Para responder às questões seguintes, p.f. considere que vai participar no programa PESO no grupo Intensivo (mesmo que não saiba se isso corresponde ou não à verdade).

2. Está a começar um programa de controlo do peso corporal. Por favor indique, no final deste programa de 1 ano, **qual é o peso corporal**...:

2.1. ...com que ficaria **desapontada** _____(kg)

2.2. ...que consideraria **aceitável** _____(kg)

2.3. ...com que ficaria **contente** _____(kg)

3. Realisticamente, tomando **tudo** em consideração (ou seja, as suas experiências passadas, aquilo que sabe sobre si própria e as condições actuais da sua vida, e também aquilo que já conhece sobre este programa), quantos kg considera que **vai de facto conseguir perder** durante o próximo ano no programa PESO? _____ (kg)

QAM

Instruções: Leia as seguintes afirmações e faça um círculo no número que melhor a descreve, de 1 a 5. Por favor confirme que responde a todos os itens e seja tão honesta e preciso quanto possível. Não existem respostas certas ou erradas. As respostas são confidenciais.

- 1 – Muito Diferente de Mim
- 2 – Algo Diferente de Mim
- 3 – Nem Diferente nem Parecido Comigo
- 4 – Algo Parecido Comigo
- 5 – Muito Parecido Comigo

		Muito Diferente				Muito Parecido
1. Não sou muito boa a comprometer-me a fazer coisas.....	1	2	3	4	5	
2. Sempre que um projecto que comecei me aborrece, largo-o para fazer outra coisa qualquer.....	1	2	3	4	5	
3. Sou perseverante nas tarefas stressantes, mesmo quando elas são fisicamente cansativas ou dolorosas.....	1	2	3	4	5	
4. Se alguma coisa implica demasiado esforço para ser feita é provável que simplesmente a esqueça.....	1	2	3	4	5	
5. Estou realmente preocupada no desenvolvimento e manutenção da auto-disciplina	1	2	3	4	5	
6. Sou boa a manter promessas, especialmente aquelas que faço a mim própria	1	2	3	4	5	
7. Não trabalho mais do que devo.....	1	2	3	4	5	
8. Raramente trabalho à minha capacidade máxima	1	2	3	4	5	
9. Simplesmente não sou do tipo de estabelecer objectivos.....	1	2	3	4	5	
10. Quando tenho um trabalho difícil, faço questão de manter-me nele até ele estar completo	1	2	3	4	5	
11. Estou disposta a trabalhar para as coisas que quero desde que elas não representem muitas chatices para mim.....	1	2	3	4	5	
12. Tenho muita auto-motivação.....	1	2	3	4	5	
13. Sou boa a tomar decisões e em mantê-las.....	1	2	3	4	5	
14. Geralmente sigo o caminho de menor dificuldade.....	1	2	3	4	5	
15. Desencorajo-me facilmente.....	1	2	3	4	5	
16. Se digo a alguém que faço algo, pode ficar descansado que fica feito	1	2	3	4	5	
17. Não gosto de me desdobrar em esforços.....	1	2	3	4	5	
18. Sou preguiçosa	1	2	3	4	5	
19. Tenho uma personalidade rígida e agressiva.....	1	2	3	4	5	

	Muito Diferente			Muito Parecido	
20. Trabalho mais que a maior parte dos meus amigos.....	1	2	3	4	5
21. Consigo persistir mesmo em situações de dor ou desconforto.....	1	2	3	4	5
22. Gosto de estabelecer objectivos e de trabalhar para alcançá-los.....	1	2	3	4	5
23. Por vezes exijo de mim mais do que devia	1	2	3	4	5
24. Tenho tendência para ser demasiado apática	1	2	3	4	5
25. Raramente, se é que alguma vez, não faço o que prometi a mim própria	1	2	3	4	5
26. Não sou muito fiável	1	2	3	4	5
27. Gosto de arranjar trabalhos que me desafiam	1	2	3	4	5
28. Mudo de ideias acerca das coisas com bastante facilidade	1	2	3	4	5
29. Tenho muita força de vontade.....	1	2	3	4	5
30. Não será de esperar que me esforce demasiado se não for necessário	1	2	3	4	5
31. As coisas não têm muito significado para mim.....	1	2	3	4	5
32. Evito situações stressantes	1	2	3	4	5
33. É comum trabalhar até à exaustão.....	1	2	3	4	5
34. Não imponho muita disciplina nas minhas actividades.....	1	2	3	4	5
35. Nunca me obrigo a fazer coisas que não me apetece fazer	1	2	3	4	5
36. É preciso muito para me convencer a fazer algo.....	1	2	3	4	5
37. Sempre que atinjo um objectivo procuro estabelecer um ainda mais alto ...	1	2	3	4	5
38. Consigo persistir mesmo quando houve um falhanço.....	1	2	3	4	5
39. Tenho um desejo forte de alcançar os meus objectivos	1	2	3	4	5
40. Não tenho muita auto-disciplina	1	2	3	4	5

LCP-2

Por favor responda às afirmações que se seguem conforme estas correspondem ou não à verdade para si. Pode escolher qualquer número da escala.

		Nada Verdadeiro					Completamente Verdadeiro
1. Restringindo a sua alimentação, uma pessoa consegue perder peso	1	2	3	4	5	6	
2. Quando as pessoas ganham peso, isso é devido às suas próprias acções e escolhas	1	2	3	4	5	6	
3. Ter um corpo magro é sobretudo fruto de razões genéticas	1	2	3	4	5	6	
4. Qualquer que seja o esforço que as pessoas façam na sua dieta, o peso nunca se mantém estável	1	2	3	4	5	6	
5. Em larga medida, o peso das pessoas está pré-destinado a ser aquilo que é	1	2	3	4	5	6	
6. Com tanta comida que engorda à nossa volta, é quase impossível perder peso.....	1	2	3	4	5	6	
7. A maior parte das pessoas só consegue emagrecer quando tem outras pessoas a “puxar” por elas	1	2	3	4	5	6	
8. Ter um corpo magro e em forma tem muito pouco a ver com a sorte.....	1	2	3	4	5	6	
9. As pessoas com peso em excesso têm a falta de auto-controlo necessária para manter um peso saudável	1	2	3	4	5	6	
10. Cada pessoa é directamente responsável pelo seu peso.....	1	2	3	4	5	6	
11. Perder peso é simplesmente uma questão da pessoa querer fazê-lo e aplicar-se a fundo.....	1	2	3	4	5	6	
12. As pessoas que têm bastantes quilos a mais precisam de ajuda profissional para perder peso	1	2	3	4	5	6	
13. Uma pessoa consegue perder peso se aumentar a sua actividade física	1	2	3	4	5	6	
14. A maioria das pessoas está no seu peso actual porque esse é o peso natural para elas	1	2	3	4	5	6	
15. Não conseguir perder peso tem a muito a ver com falta de esforço	1	2	3	4	5	6	
16. Para conseguir perder peso, as pessoas precisam de receber muito encorajamento de outros.....	1	2	3	4	5	6	

EAD

As seguintes afirmações que estão agrupadas aos pares. Por favor, leia um par de cada vez, e decida qual das duas afirmações lhe parece mais próxima de si, nesta altura da sua vida.

Assinale a sua escolha na escala de 5 pontos: 1 corresponde ao facto de só a afirmação A ser verdadeira para si e o 5 corresponde ao facto de só B ser verdadeiro para si. O 3 representa a pontuação se as duas afirmações lhe parecerem igualmente verdadeiras. Pode escolher qualquer número entre 1 e 5.

1. A) Sinto que sou sempre eu a escolher aquilo que faço

Só A) é verdadeira 1

B) Por vezes sinto que não sou realmente eu a escolher aquilo que faço

2 3 4 5 Só B) é verdadeira

2. A) Por vezes sinto emoções que me são estranhas

Só A) é verdadeira 1

B) As emoções que sinto são sempre minhas

2 3 4 5 Só B) é verdadeira

3. A) Faço tudo o que tenho que fazer por escolha própria

Só A) é verdadeira 1

B) Eu faço tudo o que tenho que fazer, mas não sinto que seja realmente escolha minha

2 3 4 5 Só B) é verdadeira

4. A) Sinto que raramente sou eu própria

Só A) é verdadeira 1

B) Sinto que posso sempre ser eu própria

2 3 4 5 Só B) é verdadeira

5. A) Eu faço aquilo que faço porque me interessa

Só A) é verdadeira 1

B) Eu faço aquilo que faço porque tenho de o fazer

2 3 4 5 Só B) é verdadeira

6. A) Quando consigo algo, é frequente sentir que realmente não foi obra minha

Só A) é verdadeira 1

B) Quando consigo algo, sinto que fui eu própria que o consegui

2 3 4 5 Só B) é verdadeira

7. A) Sinto-me livre para fazer o que quer que decida fazer

Só A) é verdadeira 1

B) Frequentemente, o que faço não é aquilo que faria se pudesse escolher

2 3 4 5 Só B) é verdadeira

8. A) Por vezes sinto que o meu corpo me é estranho

Só A) é verdadeira 1

B) Sinto sempre que o meu corpo é aquilo que eu sou

2 3 4 5 Só B) é verdadeira

9. A) Sinto-me bastante livre para fazer aquilo que escolhi fazer

Só A) é verdadeira 1

B) Frequentemente faço coisas que não escolhi ter que fazer

2 3 4 5 Só B) é verdadeira

10. A) Por vezes, quando olho ao espelho, vejo uma estranha

Só A) é verdadeira 1

B) Quando me olho ao espelho vejo-me a mim mesma

2 3 4 5 Só B) é verdadeira

AE

Segue-se uma lista de afirmações acerca da forma como você considera que é.

Se CONCORDAR FORTEMENTE, faça um círculo em CF.

Se CONCORDA com a afirmação, faça um círculo em C.

Se DISCORDA, faça um círculo em D.

Se DISCORDA FORTEMENTE, faça um círculo em DF

	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
1. Sinto que sou uma boa pessoa – pelo menos tão boa como outras.	DF	D	C	CF
2. Tenho um grande número de boas qualidades.	DF	D	C	CF
3. Levando tudo em conta, sinto-me uma pessoa falhada.	DF	D	C	CF
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maior parte das pessoas.	DF	D	C	CF
5. Sinto que não tenho muito por que me orgulhar.	DF	D	C	CF
6. Tenho uma atitude positiva em relação a mim próprio/a.	DF	D	C	CF
7. Globalmente estou satisfeito comigo próprio/a.	DF	D	C	CF
8. Desejava ter mais respeito por mim mesmo.	DF	D	C	CF
9. Às vezes sinto-me mesmo inútil.	DF	D	C	CF
10. Às vezes penso que não presto para nada.	DF	D	C	CF

PAPC

Instruções:

ESTAS AFIRMAÇÕES PERMITEM QUE AS PESSOAS SE AUTO-DESCREVAM.

NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS, UMA VEZ QUE AS PESSOAS SÃO TODAS DIFERENTES.

PRIMEIRO, DECIDA QUAL DAS DUAS AFIRMAÇÕES MELHOR A DESCREVE. A SEGUIR, JUNTO DA AFIRMAÇÃO QUE ESCOLHEU ASSINALE SE A MESMA É PARCIALMENTE VERDADEIRA PARA SI OU TOTALMENTE VERDADEIRA PARA SI.

EXEMPLO

Totalmente verdadeiro para mim	Parcialmente verdadeiro para mim		MAS		Parcialmente verdadeiro para mim	Totalmente verdadeiro para mim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas são muito competitivas		Outras não são tão competitivas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário

Totalmente verdadeiro para mim	Parcialmente verdadeiro para mim		MAS		Parcialmente verdadeiro para mim	Totalmente verdadeiro para mim
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas acham que não são muito boas no que diz respeito à prática desportiva		Outras sentem que são realmente boas em praticamente todos os desportos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas não revelam muita confiança no seu nível de condição física		Outras sentem-se sempre confiantes na manutenção de uma excelente condição física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas acham que, quando comparadas com a maioria, têm um corpo atraente		Outras acham que, quando comparadas com a maioria, os seus corpos não são tão atraentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas acham que são fisicamente mais fortes que a maioria das pessoas do seu sexo		Outras acham que lhes falta força física comparando-se com outras pessoas do seu sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem-se extremamente orgulhosas de serem quem são e daquilo que conseguem realizar fisicamente		Outras, por vezes, não se sentem tão orgulhosas do que são fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas acham que estão entre as melhores no que se refere à capacidade desportiva		Outras acham que não estão entre as mais aptas no que se refere à prática desportiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totalmente verdadeiro para mim	Parcialmente verdadeiro para mim			Parcialmente verdadeiro para mim	Totalmente verdadeiro para mim	
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas fazem questão de praticar regularmente alguma forma de exercício vigoroso	MAS	Outras, por vezes, conseguem manter um exercício físico regular e vigoroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas acham que têm dificuldade em manter um corpo atraente	MAS	Outras acham que são capazes de manter facilmente o seu corpo atraente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas acham que os seus músculos são muito mais fortes do que a maioria das pessoas do seu sexo	MAS	Outras acham que, em geral, os seus músculos não são tão fortes como os da maioria das pessoas do seu sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas, por vezes, não se sentem felizes por serem como são ou com o que conseguem fazer fisicamente	MAS	Outras sentem-se sempre felizes consigo próprias a nível físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas não são muito confiantes no que se refere a participar em actividades desportivas	MAS	Outras são das mais confiantes no que se refere a participar em actividades desportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas normalmente não têm um elevado nível de resistência e condição física	MAS	Outras mantêm sempre um elevado nível de resistência e condição física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem vergonha do seu corpo quando usam poucas roupas	MAS	Outras não se sentem envergonhadas com o seu corpo quando usam poucas roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando se trata de situações que requerem força, algumas pessoas estão entre as primeiras a avançar	MAS	Outras, em situações que requerem força, estão entre as últimas a avançar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando se trata da sua faceta corporal, algumas pessoas não se sentem muito confiantes	MAS	Outras parecem estar sempre confiantes em relação à sua faceta corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas acham que são sempre das melhores quando se trata de se integrar em actividades desportivas	MAS	Outras acham que não são das melhores quando se trata de se integrar em actividades desportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas têm	MAS	Outras sentem-se sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		tendência a sentirem-se pouco à vontade em contextos de exercício		confiantes e à vontade em contextos de exercício		
18.	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que são frequentemente admiradas porque o seu corpo é considerado atraente	MAS	Outras, raramente, sentem que são admiradas pela aparência do seu corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalmente verdadeiro para mim	Parcialmente verdadeiro para mim				Parcialmente verdadeiro para mim	Totalmente verdadeiro para mim
19.	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas tendem a não ter confiança na sua força física	MAS	Outras são extremamente confiantes na sua força física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas têm sempre uma opinião positiva acerca da sua faceta corporal	MAS	Outras não têm, por vezes, uma opinião positiva acerca da sua faceta corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas são, por vezes, um pouco mais lentas do que a maioria a aprender novas habilidades numa situação desportiva	MAS	Outras parecem estar sempre entre as mais rápidas quando se trata de aprender novas habilidades desportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem-se extremamente confiantes na sua capacidade em manter uma prática regular de exercício e na manutenção da condição física	MAS	Outras não se sentem tão confiantes na sua capacidade em manter uma prática regular de exercício e na manutenção da condição física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas acham que, quando comparadas com a maioria, o seu corpo não aparenta estar na sua melhor forma	MAS	Outras, quando comparadas com a maioria acham que o seu corpo parece estar sempre em excelente forma física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas, quando comparadas com a maioria, acham que são muito fortes e têm músculos bem desenvolvidos	MAS	Outras acham que não são tão fortes e que os seus músculos não estão muito bem desenvolvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas desejariam ter mais respeito pelo seu “eu corporal”	MAS	Outras têm sempre grande respeito pelo seu “eu corporal”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	<input type="checkbox"/>	Tendo oportunidade, algumas pessoas são sempre das primeiras a aderir às actividades desportivas	MAS	Outras pessoas, por vezes, retraem-se e não são habitualmente das primeiras a aderir ao desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas, quando	MAS	Outras, quando comparadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| | | comparadas com a maioria, acham que mantêm sempre um elevado nível de condição física | | com a maioria, acham que o seu nível de condição física normalmente não é elevado | | |
| 28. | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas são extremamente confiantes na aparência do seu corpo | MAS | Outras são pouco seguras da aparência do seu corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas acham que não são tão boas como a maioria a lidar com situações que requerem força | MAS | Outras acham que estão entre as melhores a lidar com situações que requerem força física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas, a nível físico, sentem-se extremamente satisfeitas com o tipo de pessoa que são | MAS | Outras, por vezes, sentem-se um pouco insatisfeitas com o seu "eu corporal" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QFC

Estamos interessados em saber como se tem **sentido acerca da sua aparência DURANTE AS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**. Por favor leia cada afirmação e assinale com um círculo o número mais adequado.

NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS...

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	BASTANTE S VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
1. Em alturas em que estava sem nada para fazer, deu por si a pensar na sua figura?	1	2	3	4	5	6
2. Sentiu-se tão preocupada acerca da sua figura que achou que devia fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Pensou que as suas coxas, anca e nádegas são demasiado grandes para o resto do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Sentiu receio de ficar “gorda” (ou mais “gorda” do que é)?	1	2	3	4	5	6
5. Preocupou-se com a pouca firmeza do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
6. Sentiu-se cheia (depois de uma grande refeição) o que a levou a achar-se “gorda”?	1	2	3	4	5	6
7. Sentiu-se tão mal acerca da sua figura que chorou?	1	2	3	4	5	6
8. Evitou correr porque a sua pele e gordura poderiam abanar demasiado?	1	2	3	4	5	6
9. Esteve com mulheres magras o que a faz sentir alguma vergonha pela sua figura?	1	2	3	4	5	6
10. Preocupou-se acerca das suas coxas ocuparem muito espaço (“espalharem-se”) quando sentada?	1	2	3	4	5	6
11. Sentiu-se “gorda” depois de comer mesmo uma pequena porção de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Reparou na figura de outras mulheres e sentiu que a sua figura era pior do que a delas?	1	2	3	4	5	6
13. Notou que ao pensar na sua figura, isto interferiu com a sua capacidade de concentração (ao ver TV, ler ou ao conversar)?	1	2	3	4	5	6
14. Sentiu-se “gorda” quando estava nua, por exemplo, ao tomar banho?	1	2	3	4	5	6
15. Evitou vestir roupas que a fazem especialmente consciente da figura do seu corpo?	1	2	3	4	5	6

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
16. Imaginou-se a cortar partes mais gordas (maiores) do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Sentiu-se “gorda” após comer doces, bolos ou outras comidas com muitas calorias?	1	2	3	4	5	6
18. Deixou de ir a eventos sociais (ex. festas) porque se sentiu mal acerca da sua figura?	1	2	3	4	5	6
19. Sentiu-se excessivamente grande e roliça/rechonchuda?	1	2	3	4	5	6
20. Sentiu vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. Fez dieta (restringiu comida) pois estava preocupada com a sua figura?	1	2	3	4	5	6
22. Sentiu-se mais feliz acerca da sua figura quando o seu estômago estava vazio?	1	2	3	4	5	6
23. Pensou que tem a figura que tem porque lhe falta capacidade de auto-controlo?	1	2	3	4	5	6
24. Preocupou-se em não deixar outras pessoas verem “pneus” na zona da sua barriga?	1	2	3	4	5	6
25. Sentiu que não é justo que outras mulheres sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26. Vomitou de modo a ser ou sentir-se mais magra?	1	2	3	4	5	6
27. Quando estava acompanhada preocupou-se em ocupar demasiado espaço (ex.: num sofá ou lugar de autocarro)?	1	2	3	4	5	6
28. Preocupou-se com o facto da sua pele/gordura ser demasiado mole e abanar?	1	2	3	4	5	6
29. Sentiu-se mal acerca da sua figura ao ver a sua imagem reflectida (ex.: espelho ou vidro numa loja)?	1	2	3	4	5	6
30. Beliscou partes do seu corpo para ver quanta gordura lá tem?	1	2	3	4	5	6
31. Evitou situações onde as pessoas podem ver o seu corpo (balneários comuns ou piscinas públicas)?	1	2	3	4	5	6
32. Tomou laxativos (produtos para ir à WC mais vezes) para se sentir ou ser mais magra?	1	2	3	4	5	6
33. Sentiu-se especialmente preocupada/envergonhada na sua figura na companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. Pensou que devia fazer exercício ao sentir-se preocupada com a sua figura?	1	2	3	4	5	6

IPQV-r

Responda às afirmações seguintes assinalando com um círculo o número que corresponde melhor ao seu caso, na semana passada. Seja o mais franco/a possível. Não existem respostas certas nem erradas.

Função física		SEMPRE VERDADE	GERALMENTE VERDADE	ALGUMAS VEZES VERDADE	RARAMENTE VERDADE	NUNCA VERDADE
1	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em apanhar objectos.	1	2	3	4	5
2	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em atar os sapatos.	1	2	3	4	5
3	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em levantar-me de cadeiras.	1	2	3	4	5
4	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em subir e descer escadas.	1	2	3	4	5
5	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em vestir-me e despir-me.	1	2	3	4	5
6	Devido ao meu peso, tenho problemas de mobilidade.	1	2	3	4	5
7	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em cruzar as pernas.	1	2	3	4	5
8	Sinto falta de ar mesmo com qualquer mínimo exercício.	1	2	3	4	5
9	Sofro de dores ou rigidez nas minhas articulações.	1	2	3	4	5
10	Os meus tornozelos e a parte inferior das pernas incham no final do dia.	1	2	3	4	5
11	Estou preocupado/a com a minha saúde.	1	2	3	4	5
Auto-estima		SEMPRE VERDADE	GERALMENTE VERDADE	ALGUMAS VEZES VERDADE	RARAMENTE VERDADE	NUNCA VERDADE
12	Devido ao meu peso, sinto um peso na consciência.	1	2	3	4	5
13	Devido ao meu peso, a minha auto-estima não é a que deveria ser.	1	2	3	4	5
14	Devido ao meu peso, sinto-me inseguro/a de mim mesmo.	1	2	3	4	5
15	Devido ao meu peso, não gosto de mim.	1	2	3	4	5
16	Devido ao meu peso, tenho medo de ser rejeitado/a.	1	2	3	4	5
17	Devido ao meu peso, evito olhar para espelhos ou ver fotografias minhas.	1	2	3	4	5
18	Devido ao meu peso, sinto vergonha de ser visto/a em lugares públicos.	1	2	3	4	5

© Copyright 2000. Duke University Medical Center.

Vida sexual		SEMPRE VERDADE	GERALMENTE VERDADE	ALGUMAS VEZES VERDADE	RARAMENTE VERDADE	NUNCA VERDADE
19	Devido ao meu peso, não sinto prazer em actividades sexuais.	1	2	3	4	5
20	Devido ao meu peso, sinto pouco ou nenhum desejo sexual.	1	2	3	4	5
21	Devido ao meu peso, tenho dificuldade no desempenho sexual.	1	2	3	4	5
22	Devido ao meu peso, evito encontros sexuais sempre que possível.	1	2	3	4	5

Constrangimento em público		SEMPRE VERDADE	GERALMENTE VERDADE	ALGUMAS VEZES VERDADE	RARAMENTE VERDADE	NUNCA VERDADE
23	Devido ao meu peso, sou ridicularizado/a, gozado/a, ou recebo atenção indesejada.	1	2	3	4	5
24	Devido ao meu peso, preocupo-me se vou caber ou não em assentos em lugares públicos (por exemplo, cinemas e teatros, restaurantes, carros ou aviões).	1	2	3	4	5
25	Devido ao meu peso, preocupo-me se vou conseguir passar em corredores estreitos, esquinas e portas giratórias.	1	2	3	4	5
26	Devido ao meu peso, procuro escolher cadeiras suficientemente fortes para aguentarem o meu peso.	1	2	3	4	5
27	Devido ao meu peso, sinto-me discriminado/a pelos outros.	1	2	3	4	5

Trabalho (Obs.: Para donas de casa e reformados/as, responda em relação às suas actividades diárias).		SEMPRE VERDADE	GERALMENTE VERDADE	ALGUMAS VEZES VERDADE	RARAMENTE VERDADE	NUNCA VERDADE
28	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em desempenhar as minhas tarefas ou em cumprir as minhas obrigações.	1	2	3	4	5
29	Devido ao meu peso, sou menos produtivo/a do que poderia ser.	1	2	3	4	5
30	Devido ao meu peso, não recebo aumentos, promoções ou reconhecimento no trabalho.	1	2	3	4	5
31	Devido ao meu peso, receio ir a entrevistas para um emprego.	1	2	3	4	5

© Copyright 2000. Duke University Medical Center.

IDB-I

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Sublinhe a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu nos últimos seis meses.

<p>A</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não me sinto triste1. Ando neura ou triste2. Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo2. Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim3. Sinto-me tão triste ou infeliz quer não consigo mais suportar	<p>B</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajada em relação ao futuro1. Sinto-me com medo do futuro2. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro2. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar
<p>C</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não tenho a sensação de ter fracassado1. Sinto que tive mais fracassos do que a maioria das pessoas1. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos3. Sinto-me completamente falhada como pessoa (mãe, mulher)	<p>D</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não me sinto descontente com nada em especial1. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo1. Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for3. Sinto-me descontente com tudo
<p>E</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não me sinto culpada de nada em particular1. Sinto-me grande parte do tempo, que sou má, ou que não tenho qualquer valor2. Sinto-me bastante culpada2. Agora, sinto, permanentemente, que sou má, ou que não tenho qualquer valor3. Considero que sou muito má e não valho absolutamente nada	<p>F</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal2. Sinto que estou a ser castigada ou que em breve serei castigada3. Sinto que mereço ser castigada3. Quero ser castigada
<p>G</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não me sinto descontente comigo1. Estou desiludido comigo mesma1. Não gosto de mim2. Estou bastante desgostosa comigo3. Odeio-me	<p>H</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não sinto que seja pior do que qualquer pessoa1. Critico-me a mim mesma, pelas minhas fraquezas ou erros2. Culpo-me das minhas próprias faltas2. Acuso-me de tudo de mal que me acontece
<p>I</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesma1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar2. Sinto que seria melhor morrer2. Creio que seria melhor para a família que seu morresse2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade	<p>J</p> <ol style="list-style-type: none">0. Actualmente não choro mais do que o costume1. Choro mais agora do que costumava2. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade

<p>K</p> <p>0. Não ando mais irritada do que o costume</p> <p>1. Fico aborrecida ou irritada mais facilmente do que costumava</p> <p>2. Sinto-me permanentemente irritada</p> <p>3. Já não consigo ficar irritada por coisas que me irritavam antigamente</p>	<p>L</p> <p>0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas</p> <p>1. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter</p> <p>2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas</p> <p>3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada</p>
<p>M</p> <p>0. Sou capaz de tomar decisões, tão bem como antigamente</p> <p>1. Actualmente sinto-me menos segura de mim mesma e procuro evitar tomar decisões</p> <p>2. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas</p> <p>3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão</p>	<p>N</p> <p>0. Não acho que tenha pior aspecto do que o costume</p> <p>1. Estou aborrecido porque estou a parecer velha ou pouco atraente</p> <p>2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente</p> <p>3. Sinto que estou feia ou que tenho um aspecto repulsivo</p>
<p>O</p> <p>0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente</p> <p>1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar</p> <p>1. Não consigo trabalhar tão bem como costumava</p> <p>2. Tenho de dispender um grande esforço para fazer seja o que for</p> <p>3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja</p>	<p>P</p> <p>0. Consigo dormir tão bem como dantes</p> <p>1. Acordo mais cansada de manhã do que era habitual</p> <p>2. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer</p> <p>3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas</p>
<p>Q</p> <p>0. Não me sinto mais cansada do que é habitual</p> <p>1. Fico cansada com mais facilidade do que antigamente</p> <p>2. Fico cansada quando faço seja o que for</p> <p>3. Sinto-me tão cansada que sou incapaz de fazer o que quer que seja</p>	<p>R</p> <p>0. O meu apetite é o mesmo de sempre</p> <p>1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2. Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente</p> <p>3. Perdi completamente todo o apetite que tinha</p>
<p>S</p> <p>0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum</p> <p>1. Perdi mais do que 2,5 quilos de peso</p> <p>2. Perdi mais de 5 quilos de peso</p> <p>3. Perdi mais de 7.5 quilos de peso</p>	<p>T</p> <p>0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual</p> <p>1. Sinto-me com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, prisão de ventre ou ainda outras sensações desagradáveis, no meu corpo</p> <p>2. Estou tão preocupada com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa</p> <p>3. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto</p>
<p>U</p> <p>0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual</p> <p>1. Encontro-me menos interessada na vida sexual do que costumava estar</p> <p>2. Actualmente sinto-me muito menos interessada pela vida sexual</p> <p>3. Perdi completamente o interesse pela vida sexual</p>	

STAI

Instruções: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **COMO SE SENTE HABITUALMENTE**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo em cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **COMO SE SENTE HABITUALMENTE**.

	Nada	Um pouco	Moderada- mente	Muito
1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Sinto-me nervosa e agitada	1	2	3	4
3. Sinto-me satisfeita comigo mesma	1	2	3	4
4. Gostava de ser feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Sinto-me falhada	1	2	3	4
6. Sinto-me tranquila	1	2	3	4
7. Estou “calma, fresca e concentrada”	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma, que não as consigo ultrapassar	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
10. Estou feliz	1	2	3	4
11. Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
12. Falta-me auto-confiança	1	2	3	4
13. Sinto-me segura	1	2	3	4
14. Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
15. Sinto-me inadequada	1	2	3	4
16. Estou contente	1	2	3	4
17. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	1	2	3	4
18. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
20. Fico tensa e perturbada quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	4