# PENSAR SOBRE O PROCESSO DE PERDA DE PESO: DAS CONSEQUÊNCIAS AO AUTOCONCEITO

**CÁTIA ANDREIA VIEIRA DAMIÃO**

Orientador de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

**2018**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Filipa Pimenta. Apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

# Agradecimentos

Um enorme e sincero obrigada,

À minha orientadora de dissertação, Filipa Pimenta, sem a qual não teria sido possível realizar este trabalho de que me orgulho. Obrigada por todas as aprendizagens, por me ter passado o bichinho pela investigação, por ser uma fonte motivadora, por ser um exemplo para mim.

À Professora Doutora Isabel Leal, por todas as oportunidades, por todas as conversas e por todo o conhecimento que consigo adquiri ao longo dos últimos 4 anos.

À Raquel Rosas, por ter sido uma das responsáveis por ter seguido este tema e por toda a ajuda ao longo deste processo.

A toda a equipa do "William James", Francis, Lisa, Catarina e Pedro por terem sido desde o início tão acolhedores e recetivos.

À Paula, à Sílvia e ao Professor Carvalho Teixeira pela oportunidade de trabalhar convosco, foi um privilégio.

À minha família, em especial ao meu pai, aos meus avós, à minha tia e às minhas primas por confiarem sempre em mim e nas minhas escolhas e pelo amor que me dão.

Ao Vasco, por acreditares sempre em mim, por apoiares as minhas decisões e por tudo o que temos construído.

À Inês, por seres a amiga e colega de curso que tanto me apoiou, ajudou e ensinou. Que venham muitos mais anos de aprendizagem e partilhas.

À Cláudia por seres minha companheira para a vida e alguém em quem confio muito.

Às amigas que a faculdade me deu, Adriana, Rita, Sandra e Sara, que este tenha sido só o início.

À Leonor, por todas as manhãs, tardes e noites de estudo intensivo e por teres estado lá em alturas mais complicadas. Sem a tua ajuda teria sido mais complicado.

À Inês, à Joana e à Raquel pela amizade de tantos anos.

A todos os meus amigos por serem fundamentais para que eu seja tão feliz quanto sou.

# Resumo

A obesidade constitui uma ameaça para a saúde pública. O seu tratamento vai para além do emagrecimento, passando pela realização de uma perda de peso bem-sucedida (PPBS), incluindo a sua manutenção a longo prazo. Desta forma, torna-se fundamental entender que fatores contribuem para tal. Pretende-se explorar, qualitativamente, as consequências positivas/negativas percecionadas e o autoconceito espontâneo de indivíduos que fizeram uma PPBS (recorreu-se a Análise de Conteúdo e Análise Temática), e explorar, quantitativamente, a independência entre categorias (Teste do Qui-quadrado). Participaram 40 adultos (28 mulheres) que perderam mais de 9% do seu peso e mantiveram-no (no mínimo, por 12 meses). Foram contabilizadas 852 codificações, 28 categorias e 121 subcategorias emergentes. O número de menções de consequências positivas mostrou-se muito superior ao das consequências negativas, tendo emergido as categorias "Saúde" (e.g., Melhor Mobilidade), "Psicológicas" (e.g., Desvalorização PPBS), "Imagem Corporal" (e.g., Satisfação), "Familiares" (e.g., Ciúmes), "Sexuais" (e.g., Desinibição Sexual), "Sociais" (e.g., Restrição Convite Alimentar), "Profissionais" (e.g., Diminuição Cansaço Físico) e "Económicas" (e.g., Despesa Vestuário). Também o autoconceito positivo obteve maior número de menções que o negativo, obtendo-se as categorias "Autoestima", "Capacidade Física"; "Identidade" (e.g., Modelo Outros), "Imagem Corporal" (e.g., Satisfação), "Personalidade Explícita" (e.g., Baixa Autoeficácia), "Profissional" (e.g., Realizado/a); "Saúde" (e.g., Saudável); e "Social" (e.g., Solidário). Estes resultados evidenciam a diversidade de consequências percebidas, incluindo experiências negativas associadas à PPBS. Destaca-se ainda um autoconceito espontâneo maioritariamente positivo. Estas duas dimensões poderão aliar-se reforçando o sucesso, sendo importante a sua compreensão de forma a melhor informar intervenções na área.

*Palavras-chave:* perda de peso bem-sucedida, consequências percebidas, autoconceito espontâneo.

# Abstract

Obesity poses a threat to public health. Its treatment goes beyond slimming to a successful weight loss (SWL), including its long-term maintenance. Thus, it is crucial to understand which factors contribute to this. It is intended to qualitatively explore the perceived positive/negative consequences and the spontaneous self-concept of individuals who have made a SWL (using Content Analysis and Thematic Analysis), and to explore, quantitatively, the independence between categories (Chi-square Test). In total, 40 adults (28 women) who lost more than 9% of their weight and maintained it (for at least 12 months) participated. Overall, 852 encodings, 28 categories and 121 subcategories emerged. Positive consequences mentions were revealed much higher frequencies than the negative consequences. Categories such as "Health" (e.g., Better Mobility), "Psychological" (e.g.,, SWL Depreciation), "Body Image" (e.g.,, Satisfaction), "Family Members" (e.g.,, Jealousy), "Sexual" (e.g.,, Sexual Disinhibition), "Social" (e.g.,, Meal Invitation Restriction), "Professional" (e.g.,, Decreased Physical Fatigue) and "Economic" (e.g.,, Clothing Expenses) emerged. The positive self-concept also obtained a superior number of mentions than the negative categories such as "Self-esteem", "Physical Capacity"; "Identity" (e.g., Model to Others), "Body Image" (e.g., Satisfaction), "Explicit Personality" (e.g., Low Self-efficacy), "Professional" (e.g., Fulfilled); "Health" (e.g., Healthy); and "Social" (e.g., Supportive). These results emphasize the diversity of perceived consequences, including negative experiences associated with SWL. In addition, there is also a spontaneous self-concept that is mostly positive. These two dimensions may be combine to reinforce success, being their understanding important in order to better inform interventions in this the area.


*Keywords:* successful weight loss, consequences perceived, spontaneous self-concept.

# Índice

Introdução ..... 1
Enquadramento Teórico ..... 2
Excesso de Peso e Obesidade ..... 2
Perda de peso bem-sucedida (PPBS) ..... 4
Consequências (Positivas e Negativas) de uma PPBS ..... 6
Self ..... 7
Autoconceito ..... 8
Autoestima ..... 10
Identidade ..... 11
Imagem Corporal ..... 12
Objetivos ..... 14
Método ..... 15
Desenho da Investigação ..... 15
Participantes ..... 15
Material ..... 17
Procedimento ..... 19
Análise de Dados ..... 21
Resultados ..... 24
Análise da Confiabilidade (Coeficiente Kappa de Cohen) ..... 24
Análise Qualitativa ..... 24
Análise Quantitativa ..... 36
Discussão ..... 39
Resultados Gerais ..... 39
Consequências Percebidas ..... 40
Autoconceito (AC) ..... 48
Limitações e Sugestões Futuras ..... 52
Referências ..... 55
Anexos ..... 65
Anexo 1: Outputs extraídos SPSS ..... 65
Anexo 2: Questionário de Triagem ..... 66

Anexo 3: Consentimento Informado ..... 67
Anexo 4: Autorização para Gravação de Entrevista ..... 68
Anexo 5: Guião da Entrevista ..... 69
Anexo 6: Questionário Sócio-Demográfico ..... 70
Anexo 7: Parecer da Comissão de Ética ..... 71
Anexo 8: Cálculo Kappa de Cohen ..... 72
Anexo 9: Teste Qui-quadrado - Satisfação Imagem Corporal e Consequências Positivas Sexuais ..... 73
Anexo 10: Teste Qui-quadrado -Suporte Social Informal (Consequência Positiva) e Autoestima (Consequência Positiva) ..... 74
Anexo 11: Teste Qui-quadrado - Sexo e Consequências Negativas (total) ..... 75
Anexo 12: Teste Qui-quadrado - Autoestima (Autoconceito Espontâneo Positivo) e Imagem Corporal (Autoconceito Espontâneo Positivo) ..... 76
Anexo 13: Teste Qui-quadrado - Autoconceito Espontâneo Negativo e Consequências Negativas (total) ..... 77
Anexo 14: Teste Qui-quadrado - Sexo e Autoconceito Espontâneo Negativo (total) ..... 78
Anexo 15: Resumo Publicado na *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 2018, 18 (Suplemento) ..... 79
Anexo 16: Poster apresentado no 12º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde ..... 80
Anexo 17: Artigo Publicado ..... 81
Anexo 18: Resumo 4º Congresso Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018 ..... 90
Anexo 19: Apresentação Comunicação Oral ..... 91

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra (por classes) ..... 16
Tabela 2. Consequências Positivas e Negativas de uma Perda de Peso Bem-sucedida ..... 25
Tabela 3. Autoconceito Espontâneo (Positivo, Negativo, Ambivalente e Neutro) após uma Perda de Peso Bem-Sucedida ..... 32

# Introdução

A obesidade passou a ser encarada como uma das questões de saúde pública mais graves do século XXI na Europa (WHO, 2017a), sendo esta prejudicial a vários níveis (e.g., fator de risco para doenças crónicas e outras condições clínicas; consequências psicológicas e económicas) (Tosetto & Júnior, 2008; Tremmel et al., 2017; WHO, 2017a).

É um facto que perder peso pode ser um objetivo difícil de alcançar, sendo ainda mais difícil a sua manutenção a longo prazo. No entanto, a manutenção da perda de peso é imperativa para o sucesso no combate à obesidade (Karfopoulou, Mouliou, Koutras, & Yannakoulia, 2013). A definição de perda de peso bem-sucedida (PPBS) caracteriza-se por uma perda de peso intencional, entre os 7% e os 10% do peso inicial com um critério mínimo de manutenção de peso de 12 meses (Knowler et al., 2002). Além disso, enfatiza não só a diminuição do peso, mas também as mudanças nos comportamentos relacionados com a alimentação, exercício físico e, no geral, saúde (e.g., McCaffery et al., 2013).

A investigação demonstra que muito tem sido o investimento na estruturação de programas com o intuito de promover perda de peso bem-sucedida (e.g., Johns, Hartmann-Boyce, Jebb, & Aveyard, 2014). Contudo, pouco se sabe sobre as perceções de pessoas que tiveram sucesso na diminuição do seu peso. Na verdade, poderão existir por trás do (in)sucesso de uma perda de peso fatores que não passam apenas pelas estratégias utilizadas e que têm carecido de atenção (Klem, Wing, McGuire, Seagle & Hill, 1997).

Deste modo, pretende-se com este estudo contribuir para o aumento do conhecimento nesta área através da exploração e compreensão: 1) das consequências percebidas (positivas e negativas) de uma perda de peso bem-sucedida; 2) e do autoconceito espontâneo de adultos que perderam peso recorrendo a vários métodos.

# Enquadramento Teórico

## Excesso de Peso e Obesidade

A prevalência mundial de obesidade quase triplicou entre 1975 e 2016. Estimativas globais da World Health Organization [WHO] (2017a) referem que em 2016, mais de 1,9 biliões de adultos (39% da população), maiores de 18 anos, tinham excesso de peso (percentagem esta equivalente em ambos os sexos). Destes, mais de 650 milhões tinham obesidade, ou seja, cerca de 13% da população mundial adulta (11% dos homens e 15% das mulheres) era obesa em 2016 (WHO, 2017a). Se a incidência continuar a esta escala, até 2030, quase metade da população adulta mundial terá excesso de peso ou obesidade. Quanto à mortalidade, dados referentes a 2014, indicam que 5% das mortes em todo o mundo eram atribuíveis à obesidade (Tremmel, Gerdtham, Nilsson, & Saha, 2017).

O excesso de peso e a obesidade são definidos como a acumulação de gordura anormal ou excessiva que pode prejudicar a saúde. A sua causa fundamental é um desequilíbrio energético entre calorias consumidas e calorias gastas. De forma global, tem havido um aumento da ingestão de alimentos com densidade energética rica em gordura e um aumento da inatividade física. As mudanças nos padrões de atividade física e na alimentação resultam, muitas vezes, de mudanças ambientais e sociais, associadas ao desenvolvimento e à falta de políticas de apoio em setores como saúde, agricultura, transportes, urbanização, ambiente, processamento de alimentos, distribuição, marketing e educação (WHO, 2017b).

Para classificar o excesso de peso e a obesidade em adultos é comumente utilizado o índice de massa corporal (IMC), definido como a relação entre o peso e a altura de uma pessoa. Para adultos, a WHO (2017b) define que o excesso de peso pressupõe um IMC maior ou igual a 25 $kg/m^2$ e a obesidade um IMC maior ou igual a 30 $kg/m^2$. Esta é a medida mais recorrente, pois é de fácil e rápida utilização, para ambos os sexos e para todas as idades em adultos. No entanto, deve ser considerada uma medida aproximada, uma vez que pode não corresponder ao mesmo grau de gordura em diferentes indivíduos nem representar os verdadeiros níveis de massa gorda/massa magra (Herédia, Pimenta, Lima, Bernarda, & Simões, 2012).

O excesso de peso e a obesidade constituem fatores de risco importantes para uma série de doenças crónicas, incluindo diabetes, doenças pulmonares e cardiovasculares e cancro (WHO, 2017a; Wyatt, Winters, & Dubbert, 2006). Para além destes, outras patologias e

condições clínicas estão associadas à obesidade, tais como perturbações do sono e do humor, fertilidade reduzida tanto em homens como mulheres, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, entre outras (Bray, 2014). No entanto, a obesidade não é só um fator de risco relevante para doenças orgânicas, como também interfere na duração das mesmas, e na qualidade de vida do indivíduo com obesidade (WHO, 2017b).

Às questões acima mencionadas, acrescem-se as consequências psicológicas. Pessoas com obesidade podem apresentar sofrimento psicológico decorrente do preconceito social e da discriminação de que são alvo, apesar do aumento da consciência populacional relativamente à aceitação desta doença (Siroski et al., 2011), bem como das características do seu comportamento alimentar (Bernard, Cichelero, & Vitolo, 2005). A obesidade pode abrir caminho para uma baixa autoconfiança, uma sensação de isolamento e sentimentos de humilhação (Bernard et al, 2005). Com frequência, esta população não se sente satisfeita com o seu corpo, podendo apresentar uma distorção em relação ao mesmo (Viana & Leal, 2013). Os dados demonstram também que quanto maior o nível de obesidade mais significativos são os sintomas psicológicos (Tosetto & Júnior, 2008).

De acordo com os dados mencionados, verifica-se que a obesidade constitui uma ameaça para a saúde pública nacional e mundial em termos de prevalência e incidência. Além disso, esta doença, constitui também um problema económico tanto a nível individual, como familiar e nacional (Tremmel et al., 2017).

A obesidade pressupõe um excesso de despesas relativas aos cuidados de saúde- custos diretos - relacionados com as despesas dos pacientes e dos seus familiares, devido ao tratamento, prevenção e diagnóstico, e ainda a despesas com reabilitação, investigação, formação e investimento em saúde (Tremmel et al., 2017). A par disto, impõe custos indiretos referentes à perda de produtividade devido à doença e à perda de crescimento económico como resultado de dias de trabalho perdidos, menor produtividade no trabalho, morte prematura e incapacidade permanente, podendo ainda comprometer, adicionalmente, o tempo de lazer e de trabalho perdido, sacrificado pelos familiares e amigos para acompanharem os doentes (Pereira & Mateus, 2003; Tremmel et al., 2017; Wyatt et al., 2006).

Tendo em conta as estimativas de custos diretos e indiretos, os países sofrem perdas económicas, devido ao impacto da obesidade e doenças associadas. Neste sentido, estima-se que cerca de 2 a 8% dos custos totais com a saúde nos países ocidentais possam ser atribuídos à obesidade (Ministério da Saúde, 2008). Em Portugal, os custos diretos com a obesidade, absorvem 3,5% das despesas totais da saúde (Frota, 2007).

Assim, a obesidade passou a ser encarada como uma das mais graves questões de saúde pública colocada no século XXI, na Europa, prevalecendo sobre outras questões clássicas como a desnutrição, subnutrição e as doenças infeciosas (WHO, 2017b).

Hoje em dia, defende-se que a estratégia de combate à obesidade é multissetorial. Apenas através de uma ação bem estruturada, que conte com a participação de todos os intervenientes considerados prioritários no que respeita ao combate à obesidade (e.g., compromisso político, participação da sociedade civil, os Ministérios da Saúde e da Educação, entre outros), se poderá mudar o curso desta epidemia. Estes programas devem promover medidas preventivas de diagnóstico, triagem e tratamento, coordenando uma ação multissetorial, privilegiando os sectores da população em risco, entre os quais, indivíduos que apresentam excesso de peso, obesidade e com obesidade no passado; ex-fumadores recentes e indivíduos com antecedentes familiares de obesidade. Devem ainda intensificar-se os trabalhos de investigação científica e operacional, nomeadamente junto de Instituições Académicas e de Saúde (Frota, 2007).

**Perda de peso bem-sucedida (PPBS)**

Para muitas pessoas, a perda de peso é difícil de alcançar e, sobretudo, de manter (McMahon, Visram, & Connel, 2016). Um estudo realizado em diferentes países registou uma percentagem significativa de indivíduos que qualificam o emagrecimento como um processo difícil (16% na Bélgica, cerca de 14% em Itália e Espanha, e 11,2% em Portugal) (Viana & Leal, 2013). Um outro trabalho desenvolvido realizado por Lima e Oliveira (2016) teve como objetivo avaliar os fatores psicológicos que dificultam o emagrecimento numa amostra em tratamento para a obesidade, através do questionamento a respeito de quais são esses fatores. Confirmando as hipóteses levantadas, os participantes revelaram pensamentos disfuncionais, baixa autoestima, dificuldade em emagrecer, bem como em manter o peso perdido, para além de sentimentos de ansiedade e sintomas de stress.

No entanto, a manutenção da perda de peso é imperativa para o tratamento bem-sucedido da obesidade (Karfopoulou et al., 2013). Uma investigação de Wing e Hill (2001), aponta para que apenas 21% das pessoas com excesso de peso ou obesidade, que efetivaram uma perda de peso, possam ser bem-sucedidas, sem que tenham especificado o tipo de tratamento.

A definição de perda de peso bem-sucedida (PPBS) enfatiza não apenas a diminuição do peso, mas também as mudanças nos comportamentos relacionados com a alimentação,

exercício físico e, no geral, saúde (McCaffery et al., 2013). O sucesso desta diminuição e da manutenção PPBS a longo prazo foi descrito por Wing e Hill (2001), como uma perda de peso intencional, de pelo menos 10% do peso inicial com um critério mínimo de manutenção de peso de 12 meses (Masheb [IOM], 1995; Wing & Hill, 2001). Já segundo Knowler et al. (2002) uma PPBS tem de se situar entre os 7% e os 10% do peso inicial, conjugado com um sucesso a nível da implementação de exercício físico, equivalente a 150 minutos por semana, pelo menos. Autores como Teixeira et al. (2004) e Vieira et al. (2008) aceitam como PPBS uma perda de pelo menos 5% do peso inicial. Uma outra forma de determinar o sucesso de uma PPBS é através da contagem dos quilos perdidos. Neste seguimento, Teixeira et al. (2002) qualificaram como patamar de uma PPBS, num estudo realizado em mulheres de meia-idade, uma diminuição de 6,4 kg. A definição dos critérios que definem o que constitui uma PPBS, carece de consenso internacional (Viana & Leal, 2013), sabendo que, até à data, a meta dos 10% parece ser a mais consensual.

Apesar da dificuldade há, como anteriormente dito, indivíduos que conseguem efetivar uma PPBS, sendo que Wing e Hill (2001) consideram que cerca de 21% dos indivíduos com excesso de peso/obesidade são capazes de ter sucesso. Alguns estudos têm procurado averiguar quais são as estratégias utilizadas por essas pessoas, e mapeá-las a fim de criar programas de perda de peso mais eficazes, constatando-se que, apesar das inúmeras estratégias referidas, a combinação da dieta com o exercício físico conduzem a melhores resultados na manutenção do peso perdido, por longos períodos de tempo (Hartmann-Boyce, Boylan, Jebb, Fletcher & Aveyard, 2016; Karfopoulou et al., 2013; McMahon et al.,2016; Perri, 2002; Viana & Leal, 2013; Wing & Klem, 2002).

Já em 1997, Klem, Wing, McGuire, Seagle e Hill evidenciaram a necessidade de determinar, em investigações futuras, as variáveis que predizem uma manutenção da perda de peso a longo prazo. Na atualidade, e apesar dos inúmeros estudos com intuito de encontrar as variáveis que influenciam o sucesso ou o fracasso destes tratamentos, ainda existe um desconhecimento das variáveis mais influentes neste processo (Teixeira et al., 2002; Viana & Leal, 2013). Assim, apesar do grande investimento na estruturação de programas de perda de peso, e sua posterior manutenção com base na implementação das estratégias que parecem ser efetivamente mais eficazes (Johns et al., 2014), poderão existir outros fatores que influenciam o (in)sucesso desta perda e, que podem constituir barreiras ou que sejam promotoras desta PPBS.

Realça-se ainda como ponto relevante o facto de os estudos qualitativos realizados na área da perda de peso serem ainda reduzidos, acrescendo-se o facto de a grande parte

trabalhar com amostras maioritariamente ou na sua totalidade femininas, tais como, Alegría e Larsen (2015); Draper, Davidowitz, e Goedecke (2015); Karfopoulou et al. (2013); McMahon et al (2016) e Smith & Farrants (2013).

**Consequências (Positivas e Negativas) de uma PPBS**

No processo de perda de peso, a diminuição deste não é o único benefício. Subsequentemente a um programa comportamental de controlo do peso constatou-se que o sucesso na perda de peso e um estilo de vida ativo estavam relacionados com melhorias no bem-estar psicológico (Viana & Leal, 2013). Blaine, Rodman e Newman (2007) concluíram que o bem-estar psicossocial, autoestima, autoconfiança, ansiedade e depressão são geralmente, melhorados no decorrer de um processo de perda de peso, bem como a insatisfação corporal (Guisado et al., 2002). As mudanças são principalmente explicadas por melhorias na saúde física (Swan-Kremeier, Mitchell, Twardowski, Lancaster, & Crosby, 2005), mas também podem refletir-se em várias áreas, como pessoal, familiar, social e profissional (Rosas, Pimenta, Maroco, & Leal, 2017a). Por exemplo, em mulheres com obesidade, esses efeitos positivos têm sido associados à melhoria da confiança na função sexual, bem como à melhoria na qualidade dos relacionamentos pessoais próximos e interações sociais (Assimakopoulos et al., 2011).

No entanto, uma PPBS não está exclusivamente relacionada com consequências positivas. Aamodt (2016) relata que a maioria das pessoas que perdem muito peso sofrem de pensamentos obsessivos, compulsão alimentar, depressão e ansiedade. Tais experiências, poderão comprometer a manutenção do peso perdido. A autora considera ainda que lutar pela imagem corporal pretendida é, muitas vezes, um processo exaustivo, psicologicamente prejudicial e, contraproducente. Para além disso, Gorin et al. (2007) descobriram que as mudanças relacionadas com a perda de peso, muitas vezes, não correspondem às expectativas, mesmo em indivíduos com uma perda média de 19% do peso corporal em 2 anos. O aumento de atenção indesejada por partes de outros (Annis, Cash, & Hrabosky, 2004) ou alterações corporais indesejáveis (Sarwer, Dilks, & Spitzer, 2011) são exemplos de consequências negativas. Adicionalmente, pode ocorrer a deceção com os resultados da PPBS devido ao excesso de pele, sendo um fator frequentemente referido (Kinzll, Traweger, Trefalt, & Biebl, 2003).

Contudo, as consequências percebidas, principalmente negativas, de uma PPBS têm recebido pouca atenção empírica (Alegría & Larsen, 2015; Sarwer et al., 2011), podendo haver mais do que as que são referidas na escassa literatura disponível.

Para além da forma como o indivíduo percebe o processo de mudança do peso e as consequências que lhe atribui, também a forma como se percebe a si mesmo (autoconceito, AC) nos dará informações pertinentes acerca do sucesso de manutenção (ou não) de uma PPBS.

**Self**

O *self* tem sido frequentemente relacionado com conceitos como ego, identidade, autoconceito e autoesquema (Baumeister, 2004). Linville (1985) define o self como uma representação cognitiva de uma estrutura complexa, que auxilia a organização do autoconhecimento. Já Baumeister (1997), refere que o self começa por ser interiorizado com base em experiências psicológicas simples e universais, como ter um corpo e ser um membro distinto de uma unidade social. A partir deste começo, o self pode ser definido e compreendido de diversas formas, sendo que diferentes culturas e períodos históricos adotaram abordagens muito diferentes da individualidade. Para o autor, o termo self engloba o sentir que cada pessoa tem em relação aos seus próprios pensamentos, sentimentos e sensações. Em 2004, Baumeister acrescenta que o self compreende a totalidade do indivíduo, integrando o corpo, o sentido de identidade e várias outras dimensões. Ainda mais tarde (Baumeister, 2010), enuncia as três bases do self. A primeira, refere-se à viragem da consciência para si mesmo, identificada como a consciência e o conhecimento que cada pessoa tem sobre si mesma. A segunda prende-se com as relações interpessoais, uma vez que o self emerge de relações recíprocas com os outros e tem a função, entre outras, de fortalecer essas relações. Por fim, considera a tomada de decisão e a capacidade de autocontrolo.

Segundo Harter (2008) o self é produto da construção cognitiva e social, sendo assim essencial considerar as suas características cognitivas, desenvolvimentais e sociais. Consequentemente, a transformação das autorrepresentações é inevitável, uma vez que as habilidades cognitivas e as experiências de socialização desempenharão um papel fundamental no conteúdo e nas dimensões estruturais do self.

Por fim, apresenta-se a definição de Oyserman, Elmore e Smith (2012) para quem o self é a agregação de um agente pensante ("eu penso") e, ao mesmo tempo, um objeto dessa contemplação ("sobre mim"). Além disso, os autores apontam que no conteúdo desse objeto

residem conceitos mentais que designam particularmente quem o indivíduo era, é e será. Noções essas, intituladas de autoconceito.

**Autoconceito**

Enquanto o self pode ser entendido como uma unidade, o autoconceito não é um constructo único e unificado, mas sim um conjunto de ideias, inferências e crenças totalmente interligadas do indivíduo sobre si mesmo (Baumeister, 2004). Markus (1977), numa investigação sobre autoconhecimento, abandonou a noção de um único autoconceito em si, centrando-se na ideia de um autoconceito global que integra vários domínios próprios, designados também por esquemas.

A existência de esquemas do self permite ao indivíduo a capacidade de processar informações sobre si próprio num esquema particular com facilidade; manifestar evidências comportamentais relativas a esse mesmo esquema; antecipar comportamentos futuros; e identificar informações esquemáticas contraditórias (Markus, 1977). Estes esquemas centram-se em características particulares de cada indivíduo, enfatizando a possibilidade de que cada pessoa tem um conjunto diversificado de ideias específicas sobre si mesma (Baumeister, 2004; Markus, 1977).

Esta abordagem multidimensional permite a explicação das diferentes autoavaliações que as pessoas fazem sobre si mesmas, consoante diferentes domínios do seu autoconceito global (Harter, 1999). Por norma, os esquemas refletem o número de funções que uma pessoa tem na vida, como ser pai, colega, trabalhador, entre outros (Rosas, Pimenta, Maroco, & Leal, 2017b). Para além disso, reconhece que algumas pessoas podem não ter um esquema específico relativamente a uma característica ou área específica (Baumeister, 2004).

Em 1982, Shavelson e Bolus, estabeleceram duas classes da estrutura do autoconceito, nomeadas de autoconceito académico e autoconceito não académico, contemplando este último os domínios social, emocional e físico. O domínio físico pode ainda subdividir-se em aptidão e aparência física. Harter (2008) também propôs esquemas que compõem o autoconceito, entre eles, a competência cognitiva, aparência física, autoestima, aceitação social. Neste âmbito, o estudo do autoconceito no contexto da saúde física tem grande importância, uma vez que diferentes domínios da vida de uma pessoa são afetados quando a saúde é ameaçada (Rosas, et al., 2017b). Rojas, Brante, Miranda e Pérez-Luco (2011) exploraram o autoconceito em pessoas com obesidade mórbida submetidas a cirurgia, que evidenciaram um aumento dos sentimentos de atratividade e satisfação corporal, afirmando

também que se sentiam mais confiantes, aceites e ágeis. No entanto, o autoconceito físico, bem como, muitos outros domínios do autoconceito, carecem de investigação na área da perda de peso.

Oyserman et al. (2012) estruturaram o autoconceito, tendo por base as múltiplas perspetivas a partir das quais uma pessoa se pode ver. Assim, os autores consideram existir 1) um self individual "eu" (individualistic “me” self) e um self coletivo "nós" (collectivistic “us” self); 2) um self distal "futuro" (distal “future” self), e um self temporário "agora" (temporarily “now” self); 3) um self imerso na mente (immersed “mind’s-eye” self), e um self observador do outro (observer’s “eye of others” self”).

O autoconceito pode ser então considerado como um conjunto de todos os esquemas relativos aos traços de personalidade de uma pessoa (e.g., amigável, falador), podendo também envolver uma compreensão dos papéis e relacionamentos sociais, ou seja, da identidade da pessoa (Baumeister, 1997, 2004). Ao longo da vida, uma importante fonte de autoconhecimento é a troca de feedback social. A interação com o ambiente, permite ao indivíduo formar crenças e autoperceções sobre si mesmo, que vão sendo influenciadas e reforçadas pelas avaliações de outros significativos e pelo próprio comportamento da pessoa (Baumeister, 2004).

Nem sempre o autoconceito das pessoas corresponde à forma como são realmente consideradas pelos outros. Por outro lado, há evidências de que as pessoas não são totalmente precisas nas suas perceções de como os outros as avaliam (por exemplo, Taylor & Brown, 1988). Os autoenviesamentos permitem que as pessoas sustentem visões de si mesmas mais favoráveis do que as que o feedback real proporcionaria, ou pelo contrário, menos favoráveis. Tal sugere que este feedback que as pessoas recebem dos outros pode estar sujeito a distorções mediante as crenças que as pessoas têm sobre si mesmas. Assim, pode ser mais acertado considerar que o autoconceito é o produto de uma certa negociação entre o feedback interpessoal e a ideia que alguém tem sobre si mesmo (Baumeister, 1997).

A teoria da autoverificação (Owens, 1993), pode sustentar o que acima foi descrito; dado que, de acordo com esta teoria, as avaliações por parte dos outros que confirmam a ideia que o indivíduo tem sobre si, são preferíveis comparativamente às que contradizem a noção sobre si próprio, independentemente de serem positivas ou negativas. Tal ocorre uma vez que, como o autor enfatiza, a estabilidade é uma das características mais importantes do autoconceito e, assim sendo, uma menor dissonância entre o reconhecimento do feedback por parte dos outros e o autoconceito do indivíduo induzirá uma menor inconsistência nos

relacionamentos interpessoais. Garantindo a previsibilidade interpessoal, um autoconceito estável e consistente promoverá interações sociais bem-sucedidas.

Baumeister (2004) designou como autoconceito espontâneo o domínio específico do autoconceito presente na mente de uma pessoa, num momento particular. Este conceito surge devido ao facto de, apesar da sua estabilidade, as várias dimensões que constituem o autoconceito, em momentos diferentes, poderem oscilar no pensamento. Portanto, o autoconceito espontâneo muda, embora a autoestima e outras facetas mais profundas do autoconceito pareçam resistir às variações.

**Autoestima**

Uma parte importante e influente do autoconceito é a autoestima. O autoconceito não é meramente uma noção de si, estando repleto de autoavaliações, isto é, de perceções acerca do self como bom, razoável ou mau (Baumeister, 2004). Estas autoperceções constituem a dimensão avaliativa do autoconceito, a autoestima.

A autoestima pode ser considerada um constructo unidimensional, falando-se em autoestima global, ou um constructo multidimensional, contendo domínios específicos.

Um dos mais influentes autores nesta área, Rosenberg, considera que a autoestima é uma avaliação global do sujeito. Segundo o autor a autoestima global define-se como o conjunto de atitudes positivas e negativas e avaliações subjetivas do indivíduo quanto ao self, envolvendo sentimentos de autoaprovação, autorespeito e autovalorização (Rosenberg, 1965). O autor defende que a autoestima global e as diferentes dimensões do autoconceito não são idênticas ou permutáveis: ambas existem dentro do campo fenomenológico do sujeito como entidades distintas e separadas, sendo que cada uma pode e deve ser estudada separadamente (Rosenberg, 1965).

De forma semelhante, Coopersmith (1981), refere-se à autoestima descrevendo-a como a avaliação que a pessoa faz e que mantém em relação a si própria, refletindo uma atitude de aprovação ou desaprovação, indicando a extensão em que o indivíduo acredita em si próprio como capaz, significativo e com valor. A diferença face a Rosenberg, é que o modelo proposto por Coopersmith (1981) parte do pressuposto de que a autoestima pode variar consoante diferentes domínios, nomeadamente: autoestima escolar, autoestima familiar, autoestima social e referências gerais ao self.

Com semelhanças aos modelos anteriores, o modelo hierárquico proposto por Fleming e Watts (1980) considera que há um nível global de autoestima que reflete a avaliação geral

do eu (de uma pessoa em relação a si própria), mas também há níveis específicos de autoestima em relação a várias facetas específicas. Ou seja, as pessoas têm graus diferentes para domínios específicos do autoconceito. Por exemplo, uma pessoa pode considerar-se um excelente jogador de ténis, um estudante razoável e um mau cozinheiro (Baumeister, 2004). As pessoas detêm múltiplas conceções de si, incluindo possíveis selfs futuros, imagens de como idealmente seriam e como deveriam ser, conceitos detalhados de como eles realmente são e ainda de como percecionam ser aos olhos dos outros, entre muitos outros aspetos.

A autoestima é uma característica central, visto ser um dos elementos mais importantes do autoconceito e que tem mostrado influenciar diversas variáveis (Greenwald, Bellezza & Banaji, 1988), nomeadamente, o comportamento. Exemplificando, pessoas com baixa autoestima parecem ser mais influenciáveis do que pessoas com autoestima elevada (Baumeister, 1997). Um outro construto e, dos mais importantes, fortemente associado à autoestima é o bem-estar subjetivo (Du, King, & Chi, 2017).

Ainda que tenda a permanecer estável ao longo do tempo, Harter (1999) descobriu que a autoestima pode sofrer mudanças, particularmente nos principais pontos de transição da vida (e.g., formação académica, perda de peso). Num estudo que examinou a autoavaliação e a insatisfação com a perda de peso associada à cirurgia, Masheb, Grilo, Burke-Martindale e Rothschild (2006) descobriram que a autoestima estava significativamente correlacionada com a autoavaliação relativa à forma corporal e ao peso, e a avaliação negativa do self contribuiu para uma diminuição da autoestima. Após a perda de peso, estes efeitos melhoraram significativamente.

## Identidade

A identidade difere do autoconceito na medida em, enquanto o autoconceito está totalmente contido na própria mente da pessoa, a identidade é frequentemente criada pela sociedade (Bausteimer, 1997, 2004). Usando um exemplo extremo, os bebés recém-nascidos não têm autoconceito, mas possuem já identidades, como, pertencerem a uma determinada família, tendo por isso um nome e assim por diante (Bausteimer, 2004). A identidade diz respeito ao conhecimento sobre quem e o que parecemos ser; refere-se às definições criadas para e impostas ao self (Baumeister, 1997, 2004). Por outras palavras, a identidade é construída e definida socialmente (i.e., no âmbito da sociedade geral), e assim sendo, o indivíduo tem a possibilidade de confrontar as identidades sociais que lhe são impostas, com o seu autoconceito, e consequentemente negociá-las ou redefini-las (Baumeister, 1997). No

entanto, os indivíduos têm, normalmente, oportunidade de refinar ou negociar as identidades que a sociedade lhes dá (Baumeister 1997). Clarificando, a identidade responde à pergunta: "Quem é você?". O autoconceito, por outro lado, pode conter respostas a outras perguntas como "Que tipo de pessoa sou eu?" e "Quão bom eu sou?" (Bausteimer, 2004).

A identidade pode integrar uma dimensão interpessoal (conjunto de papéis e relacionamentos), uma dimensão de potencial percebido (quem a pessoa se pode tornar) e uma dimensão referente aos valores (conjunto de valores e prioridades) (Baumeister, 1997).

O conceito de identidade debruça-se sobre duas noções, a de continuidade e diferença. Ilustrando, identidade significa ser a mesma pessoa que se foi ontem ou há dez anos, como também ser-se diferente de outra pessoa (Bausteimer, 2004). Geralmente, a visão que uma pessoa tem sobre si própria, permanece estável através de atividades quotidianas rotineiras e interações, e pode ser difícil de modificar (Smith, 1998). Eventos ou condições imprevistas, desejadas ou não, podem destabilizar essas autoperceções, exigindo esforços para reintegrá-las. No entanto, essa desestabilização da visão de si não precisa de ser negativa. A perda de peso substancial e intencional, leva a uma desestabilização dessa visão (na maior parte das vezes positiva, mas por vezes também negativa). Por exemplo, existem estudos nos quais mulheres que efetuaram uma perda de peso via cirurgia, relataram mudanças positivas, incluindo aumento da confiança, autoestima, autoeficácia e saúde mental (Alegría & Larsen, 2015; Herpertz et al., 2003; Sarwer, Wadden, & Fabricatore, 2005).

## Imagem Corporal

A imagem corporal, refere-se às atitudes que cada indivíduo tem em relação ao seu próprio corpo, particularmente à sua aparência. Atitudes estas que consistem nas autoavaliações e na satisfação com a própria aparência, incluindo autopercepções, pensamentos e crenças, bem como, as emoções e os comportamentos resultantes (Ginis, 1996).

Cash (2012), bem como, Damasceno, Lima, Vianna, Vianna e Novaes (2005) defendem uma perspetiva que elucida a multidimensionalidade da imagem corporal, considerando que se refere a um número de variáveis interrelacionadas e não a um fenómeno singular. Damasceno et al. (2005) expressam representações internas do indivíduo sobre a sua aparência física, a partir da interação com o outro. A imagem corporal é definida, segundo os autores, pela forma como as pessoas experimentam o seu próprio corpo e em especial, mas não de forma exclusiva, a sua aparência física.

Num sentido mais amplo, a imagem corporal pode incluir experiências relacionadas com as competências funcionais físicas e de integridade biológica (e.g., saúde, condicionamento físico, competências atléticas e coordenação). As experiências relacionadas com a aparência englobam, por um lado, as representações mentais acerca do próprio tamanho, formas e características faciais; e por outro, as atitudes em relação à própria aparência (Cash, 2012). Existem duas dimensões centrais das atitudes face à imagem corporal: 1) a avaliação da imagem corporal, que se refere à satisfação ou insatisfação das pessoas com a mesma e às crenças avaliativas acerca do seu corpo; 2) o investimento na imagem corporal, que diz respeito à importância cognitiva, comportamental e emocional atribuída ao corpo (Cash, 2012).

As atitudes face à imagem corporal do indivíduo, formam-se com base nas perceções subjetivas. Como definido por vários autores (e.g., Silva & Lange, 2010), a componente percetiva (que implica imagens mentais) da imagem corporal diz respeito ao grau com que uma pessoa é capaz de fazer julgamentos, com mais ou menos precisão, acerca da sua aparência física. Estes julgamentos (favoráveis ou desfavoráveis) sobre a imagem corporal, são, entre outros, definidos pelas crenças e valores culturais da pessoa. Por exemplo, uma pessoa com peso normal, pode autopercecionar-se como magra ou, por outro lado, como gorda (Cash, 2012). As perturbações da imagem corporal (que podem verificar-se em pessoas com obesidade) geralmente refletem uma autoperceção distorcida, com base em avaliações negativas que os indivíduos fazem acerca da sua aparência (Cash, 2012).

Embora alguns estudos tenham explorado os efeitos positivos percebidos associados à perda de peso bem-sucedida, os potenciais efeitos negativos de uma diminuição de peso continuam pouco estudados (Alegría & Larsen, 2015). No entanto, alguns estudos descobriram que, embora o aumento dos sentimentos de confiança e energia fosse comum, os efeitos negativos da obesidade podem persistir e podem incluir fenómenos como distorção da imagem corporal, insatisfação persistente com a imagem corporal e preocupação com o peso (Annis et al., 2004). Outros estudos descobriram que as fontes de insatisfação, frequentemente, incluem o excesso de pele e seios descaídos (Kinzl et al., 2003; Langer, Singh, & Cram, 2011).

## Objetivos

O estudo concretizado por Rosas (2017a, 2017b), pertencente à mesma investigação, incidiu sobre o mesmo tema e variáveis. O referido trabalho foi um importante contributo, uma vez que, serviu para construir a grelha de codificação, tendo apenas codificado uma parte da amostra deste estudo (n = 30). No entanto, o ponto de saturação não foi alcançado, sendo uma explicação possível, o facto de se tratar de uma amostra muito heterogénea ao nível do processo de perda de peso (cirúrgico, exclusivamente nutrição, exclusivamente exercício físico, com ou sem suporte formal, uma combinação das anteriores). Assim sendo, pretende-se com o presente estudo conseguir atingir o ponto de saturação e explanar de forma compreensiva as consequências percebidas (positivas e negativas) de uma perda de peso bem-sucedida; adicionalmente pretende-se o mesmo objetivo (atingir a saturação e uma exposição compreensiva) do autoconceito espontâneo de adultos que perderam peso por diferentes processos.

Considerando a escassa literatura existente em relação ao tema deste estudo (concretamente em relação às consequências negativas e autoconceito após uma PPBS), espera-se que as pessoas percecionem (relatem/mencionem) um maior número de consequências e dimensões do autoconceito positivas do que negativas.

Pretende-se, por último, consoante as consequências e domínios do autoconceito que emergirem, explorar se existe independência entre variáveis.

# Método

## Desenho da Investigação

O desenho do estudo é classificado como transversal e exploratório, uma vez que os resultados obtidos foram recolhidos num único momento e conseguidos sem a manipulação de qualquer variável por parte do investigador, atendendo ao objetivo de ampliar os conhecimentos, ainda limitados, relacionados com o tema investigado (Pais-Ribeiro, 2010).

Trata-se de um estudo misto, que pode ser definido como o tipo de investigação que combina abordagens de exploração qualitativa e simultaneamente quantitativa (Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007).

## Participantes

A amostragem deste estudo é não probabilística, uma vez que a probabilidade de um determinado indivíduo pertencer à amostra não é igual à dos restantes; de conveniência, dado que, os participantes foram selecionados pela sua conveniência (realização de uma perda de peso bem-sucedida e disponibilidade para participação no estudo) (Marôco, 2011).

A amostra é composta por 40 indivíduos, 28 mulheres e 12 homens, com idade média de 41,9 anos (*DP* =12,41 anos), percentagem média de peso perdido de 21,68% (*DP* =15,23%) e índice de massa corporal (IMC) médio de 25,33 kg/m$^2$ (*DP* = 2,23kg/m$^2$) (anexo 1).

As características sociodemográficas foram recolhidas, apresentando-se na tabela 1.

É de salientar que pelo facto de uma das participantes não ter procedido ao reencaminhamento das escalas preenchidas, os dados acima não foram recolhidos. Como tal, as médias e desvio-padrão apresentados são referentes a um total de 39 participantes.

Os critérios de inclusão foram: 1) Ter idade igual ou superior a 18 anos; 2) alfabetização mínima e disponibilidade para responder a uma extensa entrevista gravada em áudio; 3) Ter perdido no mínimo 7% do seu peso inicial; 4) Manutenção pelo menos 12 meses; 5) IMC abaixo de 30kg/m$^2$.

**Tabela 1.** *Caracterização da amostra (por classes)*

| Características Sociodemográficas | Frequências (n) | Percentagem (%) |
|---|---|---|
| **Relação Afetivo e/ou Sexual** | 9 | 22,5 |
| Não | 30 | 97,5 |
| Sim | 1 | 2,5 |
| Missing | | |
| | | |
| **Situação Profissional** | | |
| Ativo(a) | 32 | 80 |
| Não ativo(a) | 4 | 10 |
| Missing | 4 | 10 |
| | | |
| **Habilitações literárias** | | |
| 4 anos de escolaridade ou menos | 2 | 5 |
| 6 anos de escolaridade (primária) | 1 | 2,5 |
| 9 anos de escolaridade (liceu) | 3 | 7,5 |
| 12 anos de escolaridade (secundário) | 7 | 17,5 |
| Bacharelato (3 anos faculdade) | 2 | 5 |
| Licenciatura (4 ou 5 anos faculdade) | 19 | 47,5 |
| Doutoramento (PhD) | 2 | 5 |
| Missing | 4 | 10 |
| | | |
| **Rendimento total anual bruto do agregado familiar** | 6 | 15 |
| Até 10.000€ | 5 | 12,5 |
| De 10.001 a 20.000€ | 10 | 25 |
| De 20.001 a 37.500€ | 6 | 15 |
| De 37.501 a 70.000€ | 7 | 17,5 |
| Superior a 70.000€ | 6 | 15 |
| Missing | | |
| | | |
| **Método de perda de peso** | | |
| Com cirurgia | 7 | 17,5 |
| Sem cirurgia | 29 | 72,5 |
| Missing | 4 | 10 |

## Material

Todo o material utilizado, bem como a recolha de dados, foi compilado no contexto de uma investigação acerca de obesidade e perda de peso bem-sucedida, desenvolvida pelo William James Center for Research (WJCR) e o ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

### *Questionário de Triagem*

A parte do questionário de triagem (anexo 2) utilizada, refere-se ao caso de pessoas que perderam peso de forma bem-sucedida- preenchido pelo investigador- tendo sido passado com o objetivo de selecionar quais os potenciais participantes que poderiam prosseguir no estudo, com base nos critérios de inclusão (e.g.,: se já perdeu 7% do peso inicial e se manteve essa perda durante pelo menos 12 meses).

O questionário contém 5 perguntas, relacionadas com a idade; o peso antes de começar a perder peso (peso inicial); peso perdido desde o momento que começou a perder peso até hoje; há quanto tempo foi atingido uma perda de 7% do peso corporal; e peso atual.

### *Consentimento Informado*

No termo de Consentimento Informado (anexo 3), dado a ler e posteriormente a assinar aos participantes, em caso de concordância, constavam informações como: apresentação da equipa e da investigação; objetivos do estudo; esclarecimento sobre em que consistia a participação; garantia de confidencialidade; informação e reforço da possibilidade permanente de poder desistir sem qualquer penalização; e esclarecimento sobre a possibilidade de acesso aos resultados do estudo, contactando a investigadora responsável por e-mail.

É de referir que, uma vez que, algumas entrevistas foram feitas pessoalmente, o anonimato não podia ser garantido, dado que o entrevistador seria capaz de reconhecer o participante, sublinhando-se, no entanto, como já foi referido, o carácter confidencial.

*Autorização para Gravação de Entrevista*

Tal como o nome indica, a Autorização para Gravação de Entrevista (anexo 4), assinada pelos participantes, visava a autorização por parte dos participantes, para os investigadores fazerem a gravação áudio da entrevista, sabendo que todos os seus dados eram confidenciais.

*Guião da Entrevista*

Como um processo metodológico para a recolha de dados, a entrevista semiestruturada possibilita o propósito de reunir descrições pessoais detalhadas de experiências dentro do processo de emagrecimento permitindo, assim, colmatar a pouca investigação qualitativa existente dentro desta área. Com o objetivo de explorar as consequências percebidas e o autoconceito do participante acerca da perda de peso bem-sucedida - presentes na perceção do indivíduo naquele momento - a entrevista semiestruturada desenvolvida corresponde a um segmento de uma entrevista mais extensa elaborada para a investigação do WJCR/ISPA.

Neste seguimento, para a realização da entrevista, foi construído um Guião (anexo 5), estruturado e com perguntas abertas, desenvolvido com base na literatura e na opinião de especialistas e apto para investigar domínios específicos e pertinentes no contexto da perda de peso.

Para explorar as consequências percecionadas pelos participantes, com relação à PPBS, foram colocadas as questões:

Consequências Negativas**:** "Que consequências negativas tem a perda significativa de peso? Esta perda fê-lo(a) deparar-se com alguma situação ou experiência interna mais negativa?"; "Tem alguma consequência negativa a nível Pessoal?"; "e a nível Familiar?"; "e a nível Profissional, acha que a sua perda de peso teve alguma consequência negativa?"; e "e a nível Social, sente que a grande perda de peso teve alguma consequência negativa?".

Consequências Positivas: "Acha que a diminuição elevada de peso e a manutenção deste novo peso mais baixo tiveram alguma consequência positiva? Se sim, quais?"; "Teve impacto na sua vida social, na forma como planeia as suas atividades extra-laborais, e se relaciona com os seus amigos? Se sim, que consequências? Podia falar-me um pouco mais sobre isso?"; "E na sua vida profissional? Caso existam, que consequências teve esta perda de peso que conseguiu? Podia desenvolver um pouco mais essa ideia?"; "E na sua vida familiar? Na forma como interage com a família de origem (pais, irmãos, outros)? Tem filhos? Se sim,

acha que o seu peso atual, bem mais baixo do que o peso que tinha antigamente, tem influência na forma como interage e se relaciona com eles? Como assim?"; e "E na sua vida pessoal, tem impacto na perda e manutenção deste novo peso mais baixo? Sente que o seu peso pessoal interfere com a sua vida íntima? E sexual? Como assim? Podia explicar-me melhor o que sente, qual a sua experiência pessoal?".

Para explorar a autoimagem (forma como as pessoas o veem): "Como acha que as pessoas suas conhecidas (com quem não tem uma relação de proximidade) o veem atualmente?"; "E as pessoas mais próximas de si: como acha que o vê a sua família?"; "E as pessoas mais próximas de si: E os seus amigos, como acha que o veem?" e "E como se vê a si próprio? Como se descreveria? Como se avalia em relação a si próprio, àquilo que o caracteriza?".

*Questionário Sócio-Demográfico*

Com a passagem do Questionário Sociodemográfico (anexo 6), constituído por oito perguntas, pretende-se obter informações sobre o estatuto sócio-económico dos participantes, tai como: Idade; Sexo; Existência atual de uma relação afetiva e/ou sexual; N.º de filhos; Situação profissional; Habilitações literárias; Rendimento total anual bruto do agregado familiar.

**Procedimento**

Numa primeira fase, foi estabelecido contacto junto de entidades que trabalhassem com a população alvo, pessoas que realizaram um processo perda de peso bem-sucedida.

Ao nível hospitalar, contactou-se a Direção do Serviço de Endocrinologia do Hospital de Santa Maria, que inclui a equipa de psicologia que realiza a consulta de obesidade. Após a autorização da Direção do Serviço e da Equipa para a colaboração com a presente investigação, o projeto foi apresentado à Comissão de Ética e, consequentemente, aprovado (anexo 7). Simultaneamente foram realizados contactos com o sector privado, nomeadamente na área da Nutrição Clínica e da Intervenção Cirúrgica para a obesidade. Foi também estabelecido contacto com a ADEXO-Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal, uma organização comunitária para pessoas com obesidade. Após a aprovação por parte das respetivas Direções das entidades clínicas e comunitária, o estudo foi iniciado. O estudo foi igualmente divulgado nas redes sociais (e.g., facebook).

A primeira abordagem com os potenciais participantes foi sempre feita pelos profissionais/ técnicos de saúde pertencentes às instituições. Caso demonstrassem interesse, os indivíduos facultavam o seu contacto para que, posteriormente, fossem contactados pela equipa de investigação. A esta fase seguiram-se dois momentos: um primeiro momento aquando da realização da triagem, em que os participantes teriam de ir ao encontro dos critérios de inclusão acima referidos para transitarem para o momento seguinte. Num segundo momento, seguiu-se a apresentação do consentimento informado, dando aos participantes conhecimento acerca do objetivo do estudo e das garantias de confidencialidade, bem como, um pedido escrito de autorização para gravação áudio da entrevista. Neste mesmo momento foi realizada a entrevista. Após a entrevista, foi dado a preencher o questionário sociodemográfico, já descrito na secção do material.

As entrevistas decorreram na universidade onde o estudo foi realizado, ou no caso de o contexto de recolha ser clínico ou hospitalar, em salas à porta fechada, por membros da equipa treinados no guião de entrevista predefinido e supervisionados.

Para conveniência de participantes que residiam fora da zona de Lisboa, algumas entrevistas foram realizadas telefonicamente, sendo que todas as informações relevantes (consentimento informado e pedido de autorização de entrevistas) foram transmitidas verbalmente antes da entrevista e os questionários (Triagem e Sociodemográfico) enviados por email para preenchimento e devolução. Um dos participantes, entrevistado telefonicamente, não procedeu ao reencaminhamento das escalas preenchidas, pelo que se perdeu alguma informação relativa ao mesmo.

No fim de todo este processo, foi feito um agradecimento aos participantes, por parte da equipa de investigação, bem como, disponibilizados os contactos para o caso de algum dos sujeitos ter interesse em saber os resultados da presente investigação.

Após o término da recolha de dados, foi construída a base de dados e foram transcritas as entrevistas, posteriormente, analisadas, por parte de dois investigadores da área da psicologia, um aluno de mestrado e um professor especialista na área.

No decorrer da entrevista, alguns participantes apresentaram, pelo seu discurso, alguns indícios de reganho do peso, pelo que essas entrevistas foram excluídas da análise.

Precedeu-se de seguida à análise de dados.

## Análise de Dados

Numa primeira fase, esta investigação centra-se num método qualitativo, através da análise em profundidade de entrevistas, seguida de uma a análise qualitativa (análise de conteúdo e análise temática) e quantitativa (teste do Qui-quadrado - $\chi^2$ - ou teste de Fisher) para a exploração da independência entre variáveis com maior frequência ou teoricamente pertinentes, emergentes do processo de categorização.

### *Análise Qualitativa*

A análise qualitativa tem por base a análise da informação recolhida, considerando o indivíduo e as suas experiências pessoais e contemplando uma visão holística num contexto particular, contrariamente à validação de hipóteses previamente formuladas (Carmo & Ferreira, 1998). Assim, os dados adquiridos por meio da entrevista semiestruturada possibilitam uma compreensão mais completa sobre o tema estudado, neste caso específico, acerca das consequências percebidas e do autoconceito após uma perda de peso bem-sucedida.

#### *Análise de Conteúdo e Análise temática*

As entrevistas foram analisadas, através de um método que combina análise de conteúdo (Bardin, 2011) e análise temática (Braun & Clarke, 2006).

A análise de conteúdo, definida por Bardin (2011) como um método empírico, foi utilizada seguindo as recomendações da autora e de acordo com os seguintes critérios: exaustividade (deve-se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte); homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem recolhidos por meio de técnicas iguais e indivíduos com características semelhantes; pertinência (é necessário que os conteúdos sejam adaptados aos objetivos do estudo). O critério da exclusividade, que diz que um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria, foi o único critério que não foi seguido. Esta decisão metodológica adotou-se pelo facto de, em alguns casos, não se justificar uma categoria sem a outra.

A análise temática possibilitou a identificação, exploração e descrição de padrões (ou temas) dentro dos dados recolhidos (Braun & Clarke, 2006). O objetivo deste tipo de análise é

identificar padrões de significado num conjunto de dados que forneçam uma resposta para as questões a ser exploradas.

A combinação dos dois métodos de análise referidos, possibilita uma abordagem indutiva e dedutiva respetivamente. Indutiva, pois codificação e os temas identificados são direcionados pelo conteúdo dos dados (conteúdo relatado nas entrevistas), permitindo a sua codificação e enumeração. Dedutiva, pois por outro lado, a codificação e a identificação dos temas têm por base uma análise teórica presente na exploração do conteúdo. No entanto, esta combinação não descarta que a análise seja teoricamente coerente e consistente.

A grelha de codificação (Rosas, 2015) foi parcialmente desenvolvida num estudo anterior, tendo sido estruturada nos seguintes passos: 1) criação de categorias e subcategorias (categorias emergentes), associadas às categorias estabelecidas *a priori* (consequências positivas e negativas e autoconceito), consoante foram sendo lidas e analisadas as entrevistas; 2) as categorias/subcategorias emergiram do conteúdo e informadas pelos exemplos (conteúdo) associados às categorias; c) cada segmento das entrevistas foi codificado de acordo com as categorias emergentes; d) foram criadas novas categorias e subcategorias, que refletissem o conteúdo latente das afirmações, mas que não se sobrepusessem às existentes e fossem homogéneas dentro da mesma categoria-mãe, de acordo com as regras de Bardin (2011); e) recorreu-se à análise temática, como método para identificar, analisar e reportar os temas dentro do conteúdo fornecido nas narrativas (Braun & Clarke, 2006), por forma a criar categorias que fossem de encontro aos construtos como descritos pela literatura.

É importante salientar que como decisão metodológica, foram apenas codificadas/consideradas as consequências (positivas e negativas) que decorreram da PPBS, ou seja, qualquer referência a consequências relatadas antes do processo de perda de peso não foi considerada. O mesmo se aplicou à codificação do autoconceito. Tratando-se do autoconceito espontâneo, mesmo que relembradas características passadas, só foi codificado após a perda e peso. Foco no aqui, agora, após PPBS.

Na presente análise, foi privilegiado um processo de codificação que não forçou nenhum dado a pertencer a um quadro de codificação ou construto teórico pré-existente, prevalecendo o conteúdo manifesto do participante como a informação mais significativa a identificar.

A caracterização da expressão de todas as subcategorias encontradas, bem como do número de participantes a mencionar uma categoria, foi feita através de um estudo de frequência e percentagem, utilizando o *software* MAXQDA 12 (v.12.3.5).

*Análise da Confiabilidade (Coeficiente Kappa de Cohen)*

O cálculo da confiabilidade é um aspeto importante da confiança geral na precisão de uma investigação (McHugh, 2012). A análise de concordância entre os investigadores é usada como indicador de qualidade das categorias definidas e da competência dos investigadores para aplicá-las (Warrens, 2014). Para este cálculo recorre-se ao coeficiente Kappa de Cohen, sendo adaptado para um estudo de dois avaliadores e uma escala com duas ou mais categorias nominais, variando de -1 a +1, onde 1 representa uma concordância perfeita entre avaliadores (McHugh, 2012).Os valores podem ser interpretados como a) ausência de concordância quando kappa $\leq 0$; b) sem concordância a insignificante de 0,01 a 0,20, c) fraca, de 0,21 a 0,40, d) moderada, de 0,41 a 0,60, d) substancial, de 0,61 a 0,80 e e) perfeita, de 0,81 a 1,00 (Cohen, 1960; McHugh, 2012).

O referido indicador de confiabilidade foi calculado através da codificação do mesmo par de entrevistas (2 em 40), analisadas separadamente pelos dois investigadores, após a estabilização da grelha de codificação desenvolvida com base na análise de 38 entrevistas.

*Análise Quantitativa*

Por forma a estudar a associação entre variáveis, neste caso qualitativas, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado ($\chi^2$) de Independência. O teste do Qui-quadrado ($\chi^2$) utiliza-se para testar se dois ou mais grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica, i.e., se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável qualitativa é ou não independente (Marôco, 2011).

Para a possível utilização deste teste, os seus pressupostos de aplicação têm que ser todos verificados, sendo eles: i) $n > 20$; ii) Todas as frequências esperadas $> 1$; iii) Pelo menos 80% das frequências esperadas $\geq 5$) (Marôco, 2011). Quando não cumpridos os referidos pressupostos, recorreu-se ao teste exato de Fisher.

Para a realização do teste do qui-quadrado, foi utilizado o *software* SPSS- Statistical Program for Social Sciences (v.25).

# Resultados

## Análise da Confiabilidade (Coeficiente Kappa de Cohen)

A análise da confiabilidade, calculada a partir do coeficiente Kappa de Cohen foi de 0,258 (anexo 8), o que pode ser interpretado como existindo uma concordância entre investigadores fraca.

## Análise Qualitativa

Foram codificados no total 852 segmentos que deram origem a 10 categorias de consequências, quer positivas quer negativas (Familiares, Económicas, Imagem Corporal, Psicológicas, Profissionais, Saúde, Sem Especificação, Sexuais, Sociais e Ausências), das quais derivaram 73 subcategorias. Dessas 852 codificações emergiram também 7 categorias relativas ao autoconceito, (dividido em autoconceito positivo, negativo, ambivalente e neutro), sendo elas: Autoestima, Capacidade Física, Identidade, Imagem Corporal, Personalidade Explicita, Profissional, Saúde e Social, resultando em 47 subcategorias.

As Tabelas 2 e 3 apresentam o conjunto de todas as categorias e subcategorias emergentes, a sua definição, um exemplo, o número (n) de pessoas que mencionaram cada subcategoria e o número total de vezes que a subcategoria foi mencionada (NM) e, por fim, a percentagem de pessoas a mencionar cada subcategoria (n%). A apresentação das categorias encontra-se por ordem alfabética e a das subcategorias por ordem decrescente do número de pessoas a mencionar tal subcategoria.

### Consequências Positivas e Negativas

Relativamente às "Consequências Positivas" obtiveram-se um total de 390 codificações, subdivididas em 8 categorias: Familiares (29), Imagem corporal (66), Psicológicas (129), Profissionais (15), Saúde (59), Sem especificação (4), Sexuais (26) e Sociais (62). Foram também categorizados os relatos de "Ausência de Consequências Positivas" (50), compostos por: Profissionais (18), Familiares (15), Sexuais (9), Sociais (6) e Pessoais (2).

Quanto às "Consequências Negativas" foram 47 os segmentos codificados, pertencentes às categorias: Económicas (2), Familiares (12), Imagem corporal (7), Psicológicas (18), Sexuais (1) e Sociais (7).

A "Ausência de Consequências Negativas" contou com 35 menções, a nível: Geral (25), Familiar (1), Pessoal (1), Profissional (4) e Social (4).

**Tabela 2.** *Consequências Positivas e Negativas de uma Perda de Peso Bem-sucedida*

| **CATEGORIAS EMERGENTES/** Subcategorias Emergentes | **DEFINIÇÃO** | **EXEMPLO** | **n*** (NM)**** | **n%***** |
|---|---|---|---|---|
| | | **CONSEQUÊNCIAS POSITIVAS** | | |
| **Familiares** | | | | |
| Satisfação Emagrecimento | Relato de que os familiares ficaram satisfeitos com a PPBS | "A própria família, para mim, está mais satisfeita de me ver assim, porque eu antes fiquei obeso e agora consegui voltar outra vez e consegui e tenho-me sempre mantido ao longo dos anos" | 7(13) | 17.5 |
| Acompanhamento Atividades | Capacidade/vontade para acompanhar familiares (e.g., conjugue, filhos, netos) em atividades que outrora não acompanhava | "Tenho 2 filhas. Ah, sim, sim! Isso foi muito positivo na minha vida familiar sim até no motivo, na, na… por poder acompanhar e fazer essas atividades de passear, pronto" | 2(8) | 5 |
| Aproximação | Processos ligados à PPBS (e.g., alimentação; exercício; melhor organização do tempo) que levaram à aproximação familiar | "A ginástica lá em casa, ao fim e ao cabo, foi um talvez um elo de ligação para nós todos" | 2(6) | 5 |
| Desmistificação | O falar sobre perda de peso deixou de ser um assunto tabu | "A minha família quase toda tem excesso de peso, mas tinham muito medo de falar no caso e agora é tema de conversa durante o jantar por exemplo" | 1(1) | 2.5 |
| Sem especificação | Identificação de ganhos ao nível familiar mas sem especificação de quais | "muda tudo, muda tudo, é tudo é tudo muito melhor." | 1(1) | 2.5 |
| **Imagem Corporal** | | | | |
| Satisfação | Avaliação da imagem corporal mais satisfatória; crenças positivas sobre avaliações sobre a sua | "o olhar para o espelho e gostarmos de nos ver" | 13(17) | 32.5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | aparência (Cash, 2012). | | | |
| Aquisição Vestuário | Maior facilidade na aquisição e/ou reutilização de vestuário | "E também havia alguma roupa que já não usava e voltei a usar" | 8(15) | 20 |
| Prazer Aparência | Manifestação da existência de prazer em vestir-se ou arranjar-se | "sinto que a roupa me fica melhor" | 8(12) | 20 |
| Diminuição Volume | Diminuição do volume corporal | "E agora, como reduzi muito o meu perímetro, eu sento-me bem" | 4(9) | 10 |
| Irreconhecível | Relato, pela positiva, de estar irreconhecível, sobretudo, aos olhos dos outros | "pessoas que já me conhecem há anos nem sabem se sou eu se não, na rua, nem me reconhecem" | 4(9) | 10 |
| Rejuvenescimento | "Perceção (auto ou por parte de outros) de que está com uma aparência mais jovem" | "pareces mais nova" | 3(3) | 7.5 |
| Cirurgia Bons Resultados | Obtenção de bons resultados após cirurgia | "Foi ter feito a cirurgia e ter tido bons resultados" | 1(1) | 2.5 |
| **Psicológicas** | | | | |
| Autoestima | Aumento do conjunto de atitudes positivas e avaliações subjetivas do indivíduo quanto ao self, envolvendo sentimentos de autoaprovação, autorespeito e autovalorização (Rosenberg, 1965). | "Ganhei autoestima, muita" | 23(41) | 57.5 |
| Bem-estar Subjetivo | Avaliações que os indivíduos fazem das suas vidas, quer na dimensão afetiva (positiva), quer cognitiva (satisfação com a vida) (Diener, 2000) | "sinto-me mesmo muito melhor" | 17(21) | 42.5 |
| Autoconfiança | Aumento da confiança em si próprio | "…e mudou muito a minha confiança, muito, muito…" | 9(19) | 22.5 |
| Identidade - Modelo para Outros | Representação mental que o indivíduo tem em relação a si próprio (incluindo pensamentos e imagens) (Oyserman & Destin; 2010; West & Brown, 2013), neste caso concreto, percecionando-se como um modelo a ser seguido pelos que o/a rodeiam (e.g., amigos, familiares) dado o seu sucesso na PPBS (Michie et al., 2013) | "A minha tia começou a seguir o mesmo plano de comida que eu tinha seguido" | 6(24) | 15 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Melhoria Humor | Relato de um aumento de emoções positivas/ decréscimo de emoções negativas | "agora sinto-me mais alegre" | 3(8) | 7.5 |
| Autoeficácia | Crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado desejado (Bandura, 1977) | "se eu quero viajar eu vou viajar" | 3(6) | 7.5 |
| Autodisciplina | Aumento da capacidade de se autodisciplinar, de cumprimento de regras estabelecidas. | "a descoberta que continuo com capacidade de me disciplinar" | 2(7) | 5 |
| Cessação Discriminação | Término da perceção de discriminação/ estigmatização | "o meu social mudou imenso, a forma de como as pessoas também olham para nós (…) Uma pessoa obesa continua a ser vista como…, o olhar das pessoas para nos é diferente. Enfim, mudou muito e melhorou muito." | 2(2) | 5 |
| Autocontrolo | Aumento da capacidade para alterar as próprias respostas ou comportamentos de maneira a mais facilmente poder realizar os seus objetivos a longo prazo (Baumeister, 2018) | "Não, que isto está controlado." | 1(1) | 2.5 |
| **Profissionais** | | | | |
| Diminuição Cansaço Físico | Diminuição ou ausência de cansaço físico associado ao trabalho | "acho que deixei de me cansar tanto" | 4(10) | 10 |
| Confiança | Aumento da confiança a nível laboral, nomeadamente, por já não sentir que a imagem corporal pode ser um entrave | "Porque eu antes tinha muito medo, ok podia ser muito boa, mas o facto de ser, de ser gorda e não ser aquilo que a sociedade está à espera, fazer-me perder as oportunidades e agora já não vou com esse medo" | 2(4) | 5 |
| Motivação | Maior motivação no trabalho | "uma maior motivação" | 1(1) | 2.5 |
| **Saúde** | | | | |
| Melhor Mobilidade | Relato de um aumento da mobilidade, locomoção e agilidade | "Uma pessoa começa a sentir-se mais ágil, mais saudável porque pesada não se mexe" | 11(27) | 27.5 |
| Sem especificação | Identificação de ganhos ao nível da saúde, mas sem especificação de quais | "Ganhei saúde" | 9(13) | 22.5 |
| Diminuição Dor | Diminuição ou desaparecimento de dores | "desapareceram-me completamente as dores" | 3(6) | 7.5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bem-estar Físico | Referência a sensações ou experiências positivas ao nível físico/do corpo | "fisicamente sinto-me mesmo muito melhor" | 3(5) | 7.5 |
| Melhoria Qualidade de Vida | Aumento da qualidade de vida global | "Foi importante porque isso aumenta, aumenta um bocadinho a nossa qualidade de vida" | 3(3) | 7.5 |
| Aceleração Metabolismo | Aceleração Metabolismo | "Ganhei que o metabolismo deixou de ser de uma pessoa de 32 anos e passou a ser de uma pessoa de 28." | 1(1) | 2.5 |
| Diminuição Colesterol | Diminuição do nível de Colesterol | "Positivas temos a questão do colesterol" | 1(1) | 2.5 |
| Melhor Digestão | Melhoria no processo de digestão | "uma coisa impressionante e trouxe-me um grande benefício que eu tinha problemas de digestão imensos…e nunca mais tive" | 1(1) | 2.5 |
| Melhoria Sono | Melhoria na qualidade do sono | "até mesmo dormir e dormir melhor" | 1(1) | 2.5 |
| Melhoria Pele | Melhorias na pele | "em termos de pele também notei muitas diferenças" | 1(1) | 2.5 |
| **Sem Especificação** | Relato de que a PPBS trouxe consequências positivas mas sem especificação de quais | "em todos os aspetos, foi positivo" | 3(4) | 7.5 |
| **Sexuais** | | | | |
| Desinibição Sexual | Sentir-se à vontade/confiante para estar despido(a) e ser tocado(a) no contexto íntimo e sexual. | "não me custa tanto estar despida com as luzes ligadas" | 11(14) | 27.5 |
| Aumento da Satisfação Sexual Geral | Relato de que houve um aumento ao nível da satisfação em termos gerais. | "Mas melhorou muito, a nível sexual melhorou bastante" | 3(6) | 7.5 |
| Desejo-Excitação Sexual | Aumento do desejo sexual ou interesse sexual (Pechorro, Diniz, Almeida & Vieira, 2009) | "há mais vontade" | 3(3) | 7.5 |
| Sem Especificação | Identificação de ganhos a nível sexual mas sem especificação de quais | "Para melhor, muito melhor" | 2(3) | 5 |
| **Sociais** | | | | |
| Suporte Social Informal Avaliativo/ Feedback | Fornecimento de informações relevantes para uma autoavaliação: feedback construtivo, afirmação e comparação social (House, 1981) | "recebo elogios a mais do que recebia" | 16(35) | 40 |
| Sociável | Tornar-se alguém que gosta da companhia dos outros e tira prazer disso (Ahmed, | "sou uma pessoa mais sociável agora" | 9(11) | 22.5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 2008) | | | |
| Suporte Social Informal Emocional | Apoio emocional por parte da rede de suporte, que envolve a prestação de empatia, amor, confiança e carinho (House, 1981) | "A minha mãe deu-me muita força" | 8(10) | 20 |
| Suporte Social Formal Informativo | Fornecimento de conselhos, sugestões e informações que o indivíduo pode usar para resolver problemas (House, 1981), neste caso, manter o peso perdido | "As positivas é que eu acho que o tipo de dieta que ela (nutricionista) nos dá é uma dieta que nós podemos seguir para toda a vida porque…" | 3(3) | 7.5 |
| Suporte Social Formal Assistencial/ Instrumental | Prestação de ajuda (bens e serviços) que auxiliam diretamente a pessoa. É fornecido por amigos próximos, colegas e vizinhos (House, 1981) | "elas apoiam-me muito (…) se elas sabem que eu não posso comer, elas tentam não ir comer comigo, ou vão sozinhas ou não pedem ou, pronto elas têm consciência disso também. | 2(2) | 5 |
| Prazer Sair | Prazer em sair de casa após a PPBS | "a gostar de ir passear" | 1(1) | 2.5 |
| **Ausência** | | | | |
| Profissionais | Ausência de perceção de consequências positivas ao nível individual | "Não, na minha vida profissional não. Sinto que não houve mudanças." | 17(18) | 42.5 |
| Familiares | Ausência de perceção de consequências positivas ao nível familiar | "Não, isso não. Tudo normal, tudo na mesma" | 15(15) | 37.5 |
| Sociais | Ausência de perceção de consequências positivas ao nível social | "A nível social não…" | 9(9) | 22.5 |
| Sexuais | Ausência de perceção de consequências positivas ao nível sexual/íntimo | "Não que eu tenha dado por ela, não." | 5(6) | 12.5 |
| Pessoais | Ausência de perceção de consequências positivas ao nível pessoal | "Não. Sinceramente acho que não." | 2(2) | 5 |
| | **CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS** | | | |
| **Económicas** | | | | |
| Despesa Vestuário | Gasto financeiro em roupa nova devido ao facto da roupa pré PPBS já não servir | "Tem que gastar dinheiro para comprar coisas novas." | 1(2) | 2.5 |
| **Familiares** | | | | |
| Ciúmes | Perceção de ciúmes por parte do parceiro subsequentes ao emagrecimento e/ou investimento na aparência | "Sim, o marido ciumento." | 2(3) | 5 |
| Mau Humor/ Irritabilidade | Manifestação de maior irritabilidade | "As pessoas dizem que eu estou mais irritadiça" | 2(3) | 5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Problemas Relacionais | Agravamento de problemas pré-existentes ou surgimentos de problemas com uma pessoa significativa | "A nível de instabilidade da relação conjugal" | 2(3) | 5 |
| Incompreensão Mudança Alimentação | Incompreensão por parte da família das mudanças alimentares | "Foi difícil fazer, fazer entender que, que pronto, não é uma mania, é uma necessidade" | 1(2) | 2.5 |
| Preocupação Magreza | Preocupação por parte dos familiares com o estado de magreza | "Pronto, em relação aos meus, a minha irmã e não sei quê está um bocado preocupada porque (…) magra (…) também demais" | 1(1) | 2.5 |
| **Imagem Corporal** | | | | |
| Aparência Doença | Identificação da PPBS por parte de outros como sinal de doença | "algumas pessoas até estranharam a minha perda de peso e perguntaram se estava doente." | 3(3) | 7.5 |
| Flacidez | Aumento da Flacidez | "Apesar de também ter agora aqui umas pelinhas..." | 2(2) | 5 |
| Diminuição Massa Muscular | Perda de massa muscular | "também perdi massa muscular" | 1(1) | 2.5 |
| Diminuição Mama | Diminuição do tamanho da mama | "Só noto que fiquei sem maminhas que eu não esperava ficar, a maminha é que não me esqueço." | 1(1) | 2.5 |
| **Psicológicas** | | | | |
| Obsessão Perda de Peso | Obsessão com a perda de peso (e.g., dieta e exercício) | **"**porque eu realmente tenho noção de que tornou-se obsessivo" | 2(8) | 5 |
| Desvalorização | Perceção de desvalorização por parte dos outros em relação ao sucesso pessoal de PPBS | "Sentia que esse olhar não era um olhar de valorizar o que estava a fazer" | 2(6) | 5 |
| Medo Não Ser Amada | Medo de não ser amada por quem realmente é, em contraste com quem aparenta ser após a PPBS | "ao início foi muito complicado porque eu não conseguia diferenciar se, se seria um interesse realmente verdadeiro ou se era um interesse por ser só interesse" | 1(3) | 2.5 |
| Frustração Desaceleração | Sentimento de frustração devido ao facto de o esforço para a perda de peso ser o mesmo mas os resultados serem menores ou mais demorados; desaceleração no processo de perda de peso | "o esforço era o mesmo e a perda de peso era menor. Em vez de perder 1 quilo perdia… sei lá 500 gramas ou… e então isso de vez em quando criava-me uma certa frustração porque a dedicação era a | 1(1) | 2.5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | mesma…” | | |
| **Sexuais** | | | | |
| Perda do Desejo | Perda/diminuição do desejo sexual | “Depois de fazer o bypass eu perdi um bocado o desejo sexual” | 1(1) | 2.5 |
| **Sociais** | | | | |
| Restrição Convites Alimentares | Restrição de comportamentos ou ambientes (Hartmann-Boyce, Aveyard, Koshiaris, & Jebb, 2016), nesta caso, relativos a convites para refeições (e.g., almoços, jantares) devido ao cuidado com a alimentação. | “passasse a recusar alguns convites…” | 1(2) | 5 |
| Isolamento | Relato de que em algum momento do processo de perda de peso, sentiu necessidade de se isolar | “Temos alturas que nos apetece isolar” | 2(5) | 5 |
| **Ausência** | | | | |
| Geral | Ausência de perceção de consequências negativas em modo geral | “Não, por acaso não tenho nenhuma consequência negativa” | 24(25) | 60 |
| Profissionais | Ausência de perceção de consequências negativas a nível profissional | “Não, nenhuma.” | 4(4) | 10 |
| Sociais | Ausência de perceção de consequências negativas a nível social | “Não, acho que não.” | 4(4) | 10 |
| Familiares | Ausência de perceção de consequências negativas a nível familiar | “Também não.” | 1(1) | 2.5 |
| Pessoais | Ausência de perceção de consequências negativas a nível pessoal | “Não. Não. Nada”” | 1(1) | 2.5 |

*número de pessoas que mencionaram cada subcategoria; **número total de vezes que a subcategoria foi mencionada; ***percentagem de pessoas a mencionar cada subcategoria

Autoconceito Espontâneo

Em relação ao Autoconceito Espontâneo, emergiram 4 categorias com 331 menções.

“Autoconceito Espontâneo Positivo” (269), subdividido nas subcategorias: Autoestima (15), Capacidade Física (3), Identidade (13), Imagem Corporal (104), Personalidade Explícita (98), Profissional (7), Saúde (14) e Social (15).

“Autoconceito Espontâneo Negativo” (43) subdividido nas subcategorias: Imagem Corporal (39) e Personalidade Explicita (4).

“Autoconceito Espontâneo Ambivalente” com 11 codificações.

“Autoconceito Espontâneo Neutro”, com 8 codificações

**Tabela 3.** *Autoconceito Espontâneo (Positivo, Negativo, Ambivalente e Neutro) após uma Perda de Peso Bem-Sucedida*

| **CATEGORIAS EMERGENTES**<br>Subcategorias Emergentes | **DEFINIÇÃO** | **EXEMPLO** | **n*** (NM)**** | **n%******* |
|---|---|---|---|---|
| **AUTOCONCEITO ESPONTÂNEO POSITIVO** | | | | |
| **Autoestima** | Conjunto de atitudes positivas e avaliações subjetivas do indivíduo quanto ao self, envolvendo sentimentos de autoaprovação, autorespeito e autovalorização (Rosenberg, 1965). | **"**Eu, eu sinto-me, neste momento posso-lhe dizer que me sinto muito bem comigo própria." | 11(15) | 27.5 |
| **Capacidade Física** | Percecionar-se com mais capacidade física; como ativo ou praticante de desporto/exercício físico | **"**sinto que estou com mais capacidade física…" | 2(3) | 5 |
| **Identidade** | | | | |
| Modelo para Outros | Representação mental que o individuo têm em relação a si próprio (incluindo pensamentos e imagens) (West & Brown, 2013; Oyserman & Destin, 2010), neste caso concreto, percecionando-se como um modelo a ser seguido pelos que a rodeiam (e.g., amigos, familiares) devido ao seu sucesso na PPBS (Michie et al.,2013). | **"**Vêem-me como uma referência, o esforço que eu fiz para chegar a este peso e agora conseguir manter" | 7(13) | 17.5 |
| **Imagem Corporal** | | | | |
| Satisfação | Avaliação da imagem corporal como satisfatória; crenças positivas sobre a sua aparência (Cash, 2012). | "Tenho uma melhor imagem" | 18(41) | 45 |
| Magro(a) | Percecionar-se como mais magro(a) após a PPBS | **"**Uma pessoa está mais magra" | 9(10) | 22.5 |
| Diminuição Peso | Perceção de diminuição de peso, através do discurso direto ou do relato de situações que o comprovam | **"**e depois perceber que realmente ele consegue comigo ao colo e que não é uma coisa assim tão estranha porque eu já não tenho quase 90 quilos, eu só tenho vá 70" | 8(11) | 20 |
| Irreconhecível | Percecionar-se ou considerar que os outros a percecionam como irreconhecível | **"**No espelho até penso *Não é a mesma*" | 6(12) | 15 |
| Bonito(a) | Percecionar-se como mais bonito(a) após a PPBS | "Sinto-me mais bonita" | 6(10) | 15 |
| Investimento Corpo | Importância e conjunto de esforços que, propositadamente ou não, têm um impacto na forma | **"**Eu vejo-me como uma pessoa que se preocupa | 5(8) | 12.5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | e/ou aparência física | imenso com a imagem.” | | |
| Jovem | Percecionar-se como mais jovem após a PPBS | “sinto como se tivesse uns aninhos a menos” | 2(3) | 5 |
| Aceitação | Aceitação do corpo, tal qual, como é | “**…**que corresponde à minha idade (corpo) e, e olho muito para o corpo como, como lhe digo… hum… como morada única, pronto, de transportar tudo aquilo que eu sou.” | 2(3) | 5 |
| Elegante | Percecionar-se como mais elegante após a PPBS | “ouça, eu sou elegante...” | 1(3) | 2.5 |
| Atraente | Percecionar-se como mais atraente após a PPBS | “vestida... hum... sinto-me atraente...” | 2(2) | 5 |
| Jeitoso(a) | Percecionar-se como mais jeitoso(a) após a PPBS | “estás muito jeitosa” | 1(1) | 2.5 |
| **Personalidade Explicita** | | | | |
| Valorizado | Autoperceção ou perceção de que os outros ficaram orgulhosos, contentes, satisfeitos, impressionados e/ou sentem admiração e/ou valorizam a PPBS e sua manutenção | “Gostam, acho que sim, acho que valorizam” | 13(23) | 32.5 |
| Determinado(a) | Percecionar-se como eficaz/competente por ter atingido uma meta relacionada com a PPBS ou outras | “muito determinada…” | 10(16) | 25 |
| Confiante | Perceção de um aumento da confiança, expresso diretamente ou através do relato de situações que o comprovam | “atualmente vejo-me uma pessoa mais confiante” | 6(12) | 15 |
| Bem Humorado(a) | Percecionar-se como alguém com boa disposição (e.g.,, bem-humorada, energia positiva, bem-disposta, divertida, alegre) | “Eu acho que eles me veem como uma pessoa bem disposta” | 5(10) | 12.5 |
| Feliz | Percecionar-se como uma pessoa feliz | “Eu acho que sou uma mulher feliz” | 5(7) | 12.5 |
| Otimista | Percecionar-se como otimista | “Eu como acho que sou uma pessoa otimista” | 5(6) | 12.5 |
| Controlado(a) | Percecionar-se como mais controlado(a), ponderado(a); reações menos impulsivas | “Muito mais controlado” | 4(6) | 10 |
| Organizado(a) | Percecionar-se como mais organizado(a)/ metódico(a) | “que sou mais organizado, mais metódico…” | 3(6) | 7.5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Inteligente | Percecionar-se como inteligente | "acho que sou inteligente" | 2(3) | 5 |
| Perfeccionista | Percecionar-se como perfecionista/ exigente | "sempre fui muito perfecionista" | 2(2) | 5 |
| Corajoso(a) | Percecionar-se como corajoso(a) | "Ai os meus amigos veem-me como uma pessoa que teve uma grande coragem" | 1(3) | 2.5 |
| Calmo(a) | Percecionar-se como uma pessoa mais calma após a PPBS | "vejo uma pessoa mais calma," | 1(2) | 2.5 |
| | | | | |
| Grato(a) | Satisfação/sentimento de gratidão para com a vida que tem | "muito agradecida por aquilo que tenho. Eu acho que tenho uma boa vida" | 1(1) | 2.5 |
| Responsável | Percecionar-se como responsável | "Vêem-me como mais responsável…" | 1(1) | 2.5 |
| **Profissional** | | | | |
| Realizado(a) | Perceção de realização profissional; de objetivos cumpridos | "realizada. Consegui alcançar aquilo que pretendia." | 3(3) | 7.5 |
| Satisfação | Autoperceção positiva ao nível profissional | "em termos profissionais eu acho que eu sinto-me bem" | 1(2) | 2.5 |
| Esforçado(a) | Percecionar-se como alguém esforçado ao nível profissional | "uma pessoa esforçada, sou a mesma profissional que era antes" | 1(1) | 2.5 |
| Produtivo(a) | Perceção de maior produtividade; capacidade física | "sinto que estou com mais capacidade física de absorver um dia de trabalho" | 1(1) | 2.5 |
| **Saúde** | | | | |
| Saudável | Perceção de saúde ou de melhoria do estado de saúde após a PPBS | "agora é que estou bem, agora é que eu tenho saúde" | 6(14) | 15 |
| **Social** | | | | |
| Solidário(a) | Percecionar-se como alguém que presta apoio, que ajuda os outros | "sei que sou uma pessoa amiga" | 4(6) | 10 |
| Sociável | Percecionar-se como sociável, flexível, adaptável ao contexto social | "continuo a ser sociável como era" | 4(5) | 10 |
| Extrovertido(a) | Percecionar-se como extrovertido(a); como alguém que gosta de estar e conversar com outros | "continuo a ser extrovertida como era" | 2(2) | 5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Confiável | Percecionar-se como alguém em quem os outros têm confiança | **“**Acho que me veem como uma pessoa de confiança” | 1(2) | 2.5 |
| **AUTOCONCEITO ESPONTÂNEO NEGATIVO** | | | | |
| **Imagem Corporal** | | | | |
| Desconsideração PPBS | Desconsideração/desinteresse da PPBS por parte de outros; manifestação de admiração pelo facto de a pessoa ter conseguido perder peso/mantê-lo | “Portanto nunca foi uma questão a que ligassem muito.” | 4(14) | 10 |
| Emagrecimento Excessivo | Avaliação do corpo como excessivamente magro | “Isso já não é demais?” | 3(5) | 7.5 |
| Barriga | Insatisfação/ descrição negativa referente à barriga/abdómen/estômago | **“**Eu continuo com um pneu muito considerável, portanto eu não atingi ainda…” | 2(7) | 5 |
| Excesso Peso | Percecionar-se como alguém gordo; que ainda tem muito peso a perder | **“**Eu vejo-me sempre como uma pessoa rechonchuda e gorda” | 2(7) | 5 |
| Insatisfação Peso | Avaliação da imagem corporal como insatisfatória; crenças negativas sobre a sua aparência (Cash, 2012). | “Eu agora ainda gostava de estar mais magra | 2(2) | 5 |
| Aparência Doença | Avaliação do emagrecimento corporal como sinal de doença | **“**depois a primeira coisa que surge é se estou doente, por ter perdido este peso todo” | 1(2) | 2.5 |
| Forma Corporal | Insatisfação com as formas corporais | **“**Eu gostava de ter um bocadinho mais de anca, aliás mais perna porque tenho a perna assim, falta qualquer coisa.” | 1(1) | 2.5 |
| Rugas | Perceção de que as rugas aumentaram após a PPBS | **“**está na idade das rugas, da cara ficar. A cara ficou muito apanhada” | 1(1) | 2.5 |
| **Personalidade Explícita** | | | | |
| Baixa autoeficácia | Percecionar-se como incapaz de cumprir objetivos por falta de motivação ou preguiça | **“**… apesar de que também sou uma pessoa com objetivos, o problema é executar os objetivos…” | 2(3) | 5 |
| Refilão/Refilona | Percecionar-se como uma pessoa refilona | **“**muito refilona” | 1(1) | 2.5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **AUTOCONCEITO ESPONTÂNEO AMBIVALENTE** | | | | |
| **Imagem Corporal** | Atitude do indivíduo em relação ao seu próprio corpo, particularmente à sua aparência (Cash, 1996), neste caso concreto existindo ambivalência em relação ao grau de magreza | **"**Uns nem deram por nada, outros dizem que estou mais magra, mas também não é assim tão, tão, tão… Não passei de monstro a bela" | 7(8) | 17.5 |
| **AUTOCONCEITO ESPONTÂNEO NEUTRO** | | | | |
| **Imagem Corporal** | Atitude do indivíduo em relação ao seu próprio corpo, particularmente à sua aparência (Cash, 1996), neste caso concreto tendo uma atitude neutra face ao corpo/aparência; considerar-se normal. | "Normal. Não não não sou nenhuma Miss mas também não não não sou a pessoa mais horrorosa do Mundo, perfeitamente normal." | 5(11) | 12.5 |

*número de pessoas que mencionaram cada subcategoria; **número total de vezes que a subcategoria foi mencionada; ***percentagem de pessoas a mencionar cada subcategoria

## Análise Quantitativa

Após a identificação das consequências e características do autoconceito espontâneo (variáveis em estudo) inumeradas nas tabelas 2 e 3, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado ($\chi^2$) para testar a independência entre algumas delas, em cruzamento também com algumas variáveis sociodemográficas. Em caso de não se verificar algum dos pressupostos do Qui-quadrado ($\chi^2$), recorrer-se-á ao teste exato de Fisher.

A escolha das variáveis analisadas teve como base a sua pertinência empírica. Neste sentido, em alguns dos casos as variáveis escolhidas dizem respeito a uma categoria no seu total, i.e., são englobadas o número total de subcategorias que lhe são inerentes (e.g., categoria "Consequências Negativas", à qual pertencem as subcategorias: "Económicas", "Familiares", "Imagem Corporal", "Psicológicas", "Sexuais" e "Sociais". Noutras situações as variáveis serão restringidas a uma subcategoria específica, exemplificando: subcategoria "Autoestima", pertencente à categoria "Consequências Positivas".

1) Satisfação Imagem Corporal (Consequência Positiva) e Consequências Positivas Sexuais; 2) Suporte Social – Formal e Informal (Consequência Positiva) e Autoestima (Consequência Positiva); 3) Sexo (Homem/Mulher) e Consequências Negativas (total); 4) Autoestima (Autoconceito Espontâneo Positivo) e Imagem Corporal (Autoconceito

Espontâneo Positivo); 5) Autoconceito Espontâneo Negativo (Total) e Consequências Negativas (total); 6) Sexo (Homem/ Mulher) e Autoconceito Espontâneo Negativo (total).

1) *Satisfação Imagem Corporal (Consequência Positiva) e Consequências Positivas Sexuais*

Dado que $p \geq 0{,}05$ ($\chi^2(1) = 0{,}129$; $p = 0{,}720$) (anexo 9), conclui-se que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com a imagem corporal e a perceção de consequências positivas sexuais, ou seja, verificou-se a independência entre as variáveis.

2) *Suporte Social – Formal e Informal (Consequência Positiva) e Autoestima (Consequência Positiva)*

Concluiu-se que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o suporte social e a autoestima enquanto consequências positivas, uma vez que $p \geq 0{,}05$ ($\chi^2(1) = 0{,}002$; $p = 0{,}962$) (anexo 10), verificando-se assim a independência entre as variáveis.

3) *Sexo (Homem/Mulher) e Consequências Negativas (total)*

Uma vez que $p \geq 0{,}05$ ($\chi^2(1) = 2{,}393$; $p = 0{,}122$) (anexo 11), pôde concluir-se que não existe uma relação estatisticamente significativa entre sexo e as consequências negativas, tendo-se verificado a independência entre as variáveis.

4) *Autoestima (Autoconceito Espontâneo Positivo) e Imagem Corporal (Autoconceito Espontâneo Positivo)*

O terceiro pressuposto de aplicação do Qui-quadrado ($\chi^2$) não foi confirmado, pelo que menos de 80% das frequências esperadas $\geq 5$) (Marôco, 2011). Como tal, procedeu-se ao Teste exato de Fisher; conclui-se que os resultados não são estatisticamente significativos, sendo as variáveis são independentes ($p = 1{,}000$) (Anexo 12).

5) *Autoconceito Espontâneo Negativo (Total) e Consequências Negativas (total)*

Concluiu-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre o autoconceito espontâneo negativo e as consequências negativas, dado que $p<0{,}05$ [($\chi^2(1) = 4{,}000$; $p = 0{,}045$)] (anexo 13), verificando-se a dependência entre as variáveis. A proporção de pessoas a referirem a ausência de consequências negativas é significativamente maior quando também identificam ausência de características negativas do AC (n=21).

6) *Sexo (Homem/ Mulher) e Autoconceito Espontâneo Negativo (total)*

Uma vez que o terceiro pressuposto de aplicação do Qui-quadrado ($\chi^2$), pelo menos 80% das frequências esperadas ≥5) (Marôco, 2011), não foi garantido, optou-se por analisar o Teste exato de Fisher; conclui-se que as variáveis são independentes ($p$ = 1,000) (Anexo 14).

# Discussão

O tratamento da obesidade tem como prioridade, para além do emagrecimento, a manutenção de peso a longo prazo, uma vez que, a maioria dos indivíduos que emagrecem, sobretudo por meio de dietas, começa a readquirir os quilos perdidos num período de aproximadamente um ano (Neufeld, Moreira, & Xavier, 2012). Desta forma, torna-se crucial entender que fatores contribuem para uma PPBS e sua manutenção.

No seguimento do que acima foi descrito, o presente estudo objetivou identificar e explanar de forma compreensiva as consequências (positivas e negativas), bem como, as características do autoconceito espontâneo (forma como a pessoa se vê e considera que os outros a veem), percecionadas por 40 indivíduos que realizaram uma perda de peso bem-sucedida. A partir desta investigação e dos resultados obtidos pretende-se fazer uma leitura compreensiva acerca do modo como estas variáveis podem influenciar a perda e manutenção de peso com o fim último de poderem ser trabalhadas em contexto clínico. Ou seja, analisar de que forma as consequências percecionadas como positivas, poderão constituir fatores promotores de uma manutenção de peso bem-sucedida, bem como se, no caso da sua presença, as consequências negativas podem ser, hipoteticamente, barreiras ao processo de manutenção do novo peso mais baixo. Relativamente ao autoconceito espontâneo, pretende-se verificar qual é a perceção que as pessoas têm sobre si mesmas e o seu impacto, com o principal objetivo de poder trabalhar o desenvolvimento de um autoconceito real e positivo em contexto terapêutico.

## Resultados Gerais

As 852 codificações obtidas, as 28 categorias e as 121 subcategorias emergentes, apontam para a diversidade de consequências e características do autoconceito espontâneo que um processo de perda de peso pode acarretar.

Estes números são reveladores da grande riqueza e mais valia que constitui a utilização de uma abordagem qualitativa e, sobretudo do uso da entrevista como instrumento principal de recolha de dados. Para além das principais vantagens de permitir estabelecer uma relação empática e compreensiva e uma flexibilidade que permite a adaptação da entrevista às características do indivíduo, permite a recolha e exploração de muita informação e outras que sem diálogo não seriam geradas (Teixeira, 2010). Neste caso concreto foi o que permitiu aos

investigadores obter mais do que um “sim ou não teve consequências” e chegar às categorias e principalmente às subcategorias emergentes.

Apesar da vasta dimensão de subcategorias encontradas considera-se que a estabilização da grelha de codificação não está ainda garantida. Ainda que as categorias pareçam estar já estabilizadas, dado que foram criadas logo a partir da análise das primeiras entrevistas e se mantiveram sem acréscimo de nenhuma, até às últimas entrevistas continuaram a aparecer conteúdos novos que justificaram a criação de novas subcategorias.

Os resultados obtidos, bem como a não estabilização da grelha de codificação, poderão dever-se, em parte, ao facto desta investigação padecer de uma grande heterogeneidade, quer devido ao sexo (Homem/Mulher), como aos vários métodos de perda de peso, ao alargado intervalo de idades e à percentagem de peso perdido, bem como características pessoais - sendo estas inerentes a qualquer estudo. Por exemplo, Blaine et al. (2007)

sugerem que o tratamento para a perda de peso pode ter efeitos diferentes sobre o bem-estar psicológico, comparando pessoas com graus de obesidade diferentes. Contudo e, apesar dos fatores mencionados, acreditamos estar próximos da saturação dos dados.

O grau de confiabilidade, concordância entre investigadores, calculado através do Kappa de Cohen, mostrou-se fraco (0,258). Põe-se a hipótese que o facto de as duas investigadoras que realizaram a codificação das entrevistas não terem o mesmo nível de familiarização com a grelha de codificação possa ter sido motivo para a diferença entre codificações verificada. Outra hipótese prende-se com o facto de só terem sido analisadas para o efeito 2 das 40 entrevistas, o que aumenta a probabilidade de erro.

De qualquer forma, este estudo revela-se já uma forte contribuição para este tema dada a escassez de literatura.

**Consequências Percebidas**

O número de consequências positivas emergentes, bem como a sua diversidade, revelou ser muito superior ao número de consequências negativas, suportando a hipótese colocada. O número de pessoas que refere consequências negativas nunca é superior a 3 pessoas (7.5%) por subcategoria, sendo que, no que concerne às consequências positivas, esse valor chega aos 23 participantes (57.5%). Tal poderá ser indicador de que um processo de perda de peso traz, na maioria das vezes, mais experiências positivas do que negativas, tendo sido identificadas em vários domínios da vida. Estes resultados parecem ser congruentes com um estudo de Wing & Hill (2001), baseado em dados do National Weight Control Registry

(NWCR) - um registo de indivíduos que obtiveram um grande sucesso na manutenção de perda de peso a longo prazo - no qual, a grande maioria dos participantes relatou mudanças positivas em todos os aspetos impactados pela perda de peso, quando questionados se este processo tinha resultado em melhorias, piorias ou nenhuma mudança em vários domínios da sua vida. Da mesma forma, nenhum efeito psicológico adverso da perda de peso foi observado no NWCR. Assim, é sustentada a ideia de que a manutenção da perda de peso parece produzir melhorias marcantes na qualidade de vida da maioria dos indivíduos (Wing & Hill, 2001).

Podemos ainda supor que, por se tratar de indivíduos que fizeram uma PPBS e se encontram em fase de manutenção, o número de consequências positivas demonstre não só ser maior que o número de consequências negativas, bem como mais impactante. Isto porque se fosse ao contrário (perceção de mais consequências negativas e/ou maior impacto das mesmas) as pessoas teriam mais dificuldade em conseguir realizar uma PPBS e, sobretudo, mantê-la. Um estudo realizado por Jackson, Steptoe, Beeken, Kivimaki e Wardle (2014), sustenta esta hipótese, referindo que uma explicação para a dificuldade na manutenção de peso a longo prazo prende-se com o facto de os custos pessoais deste processo poderem exceder os benefícios. Neste sentido, prevê-se que as consequências positivas constituam uma força na promoção de uma manutenção bem-sucedida.

Um outro fator que poderá contribuir para este fenómeno pode advir da constatação, em alguns casos, de que certas consequências positivas se revelaram promotoras de outras consequências também positivas. Exemplificando, a participante AB14 relata: “A partir do momento em que comecei a perder peso, comecei a encarar essas atividades (escuteiros, o voluntariado, o desporto, etc.) de forma mais suave, muito, se calhar muito mais alegre, muito mais na desportiva, porque fisicamente já não me custa tanto” (linha 107). Ou seja, neste caso, a PPBS levou à diminuição do cansaço físico, que por sua vez permitiu um aumento do bem-estar subjetivo, traduzido em emoções positivas referentes às atividades que pratica. Este encadeamento de consequências não se verificou para nenhuma das consequências negativas percecionadas.

As categorias de consequências mais frequentes, quer na diversidade das subcategorias emergentes, quer no que respeita ao número de pessoas a referi-las e número de menções foram “Saúde”, “Psicológicas” e “Imagem Corporal”. A literatura acerca do impacto, consequências, ganhos e perdas subjacentes à perda de peso e sua manutenção, corrobora

estes 3 fatores, uma vez que são os aspetos sobre os quais a literatura mais tem incidido sobre o tema da perda de peso (Blaine et al, 2007; Viana & Leal, 2013; Swan-Kremeier, 2005).

*Saúde*

A categoria "Saúde" foi percecionada apenas como consequência positiva, o que pode ser indicador de que uma PPBS é, na maioria dos casos, positiva ao nível da saúde física. Os participantes percecionaram maioritariamente ganhos ao nível da saúde em geral, relatando "Sinto-me uma pessoa mais saudável" (P29, linha 136) e ao nível da mobilidade "Ganhei mobilidade" (M39, linha 59). Numa investigação de Alegria e Larsen (2015) foi também notório um aumento da saúde e energia dos indivíduos que realizaram uma PPBS. Destaca-se ainda a referência ao aumento do bem-estar físico, diminuição da dor e melhoria na qualidade de vida. Congruentemente, Wing e Hill (2001), na sequência do estudo já acima mencionado, verificaram que mais de 90% da amostra relatou melhorias na qualidade de vida, no nível de energia e na mobilidade, bem como 85.5% manifestou uma melhoria na saúde física. Já num estudo de Crisp, Kalucy, Pilkington e Gazet (1997), a mobilidade aumentou cerca de 70%.

*Psicológicas*

Relativamente às consequências psicológicas, a literatura tem focado, principalmente, as questões relativas aos índices de stress, ansiedade e depressão, bem como aos distúrbios alimentares (Wing & Hill, 2001). Apesar de a presente investigação não avaliar sintomas de stress, ansiedade e depressão, no discurso dos entrevistados não foi notória sintomatologia, existindo uma percentagem elevada de pessoas que alega ter tido ganhos ao nível do bem-estar subjetivo (42.5%). Informação esta que é congruente com estudos que avaliam esta última variável (e.g., Swencionis et al., 2013; Wing & Hill, 2001). Outra das consequências psicológicas que mais se destacou foi o aumento da autoestima relatada por 57.5% dos participantes, dados estes também congruentes com vários estudos (e.g., Kinzl et al., 2003; Wadden, Steen, Wingate, & Foster, 1996). Wing e Hill (2001) verificaram que 91.4% dos indivíduos notaram melhorias no humor e 90.9% na autoconfiança, sendo que no presente estudo também foram apontados, ainda que de forma menos prevalente, o aumento da autoconfiança e a melhoria do humor (22.5% e 7.5%, respetivamente).

Em número muito reduzido, mas ainda assim existentes, algumas das consequências psicológicas negativas identificadas neste estudo prendem-se com a perceção de desvalorização por parte de outros da PPBS: "passou despercebido" (AB37, linha 237). E, se

por um lado os elogios por parte de familiares, amigos ou mesmo conhecidos podem constituir uma fonte de motivação para o processo de perda de peso (Baldwin et al., 2009), a perceção de amigos ou familiares, neste caso vivida pelo sujeito como indiferença ou desvalorização, podem constituir possíveis obstáculos ao alcance/manutenção deste objetivo (Hammarström, Wiklund, Lindahl, Larsson, & Ahlgren, 2014).

*Imagem Corporal*

A imagem corporal considera as perceções subjetivas, crenças, atitudes e comportamentos que o indivíduo tem sobre o seu corpo, sendo um construto psicológico multidimensional (Cash, 2004, 2011). Esta multidimensionalidade foi verificada no presente estudo através da identificação das várias subcategorias emergentes.

Dos resultados obtidos, a subcategoria (consequência) relativa à satisfação com a imagem corporal "psicologicamente é olhar para o espelho, gostar da outra pessoa que está lá" (F22, linha 30), destaca-se como uma das mais enumeradas. A literatura indica igualmente que a insatisfação corporal e a imagem corporal melhoram mesmo com uma modesta perda de peso (Sarwer et al., 2011; Wadden et al., 1996). Igualmente, numa amostra de 142 pacientes sujeitos a cirurgia, 90% mostraram-se mais felizes com a sua aparência no pós-operatório (Kinzl et al., 2003).

Por outro lado, num contexto de perda de peso, sobretudo acentuada, é comum que os pacientes experimentem insatisfação corporal devido ao excesso de pele na barriga, braços, rosto e coxas (Kinzl et al., 2003; Swan-Kremeier, 2005) – transversal a qualquer método de perda de peso. No entanto, é frequente que as pessoas que mais se sentem insatisfeitas, sejam aquelas que perderam peso por cirurgia (Alegría & Larsen, 2015). Estas consequências, apontadas como negativas, também emergiram na presente investigação ainda que em pequena escala, estando englobadas na subcategoria "flacidez". Na nossa amostra, esta questão não foi relatada por ninguém que tenha perdido peso por cirurgia, no entanto, a elevada percentagem de peso perdido pode ser uma explicação. A causa mais provável para este ponto de insatisfação, prende-se com o facto de este excesso de pele poder ser causador de desconforto e dificuldade relativos à aparência (Kinzl et al., 2003). Destaca-se que, não fosse o número tão reduzido de respostas obtidas, teria sido pertinente averiguar a dependência entre as variáveis Imagem Corporal Negativa e Cirurgia.

*Familiares*

Dentro das consequências familiares, a satisfação com o emagrecimento por parte dos mesmos revelou ser a categoria positiva mais frequente: "e, portanto, toda a gente ficou satisfeita pelo facto de eu ter conseguido" (F8, linha 105). Já Kinzl et al. (2003) também descreveram que a reação dos amigos e familiares à perda de peso foi exclusivamente positiva em cerca de 75% dos indivíduos com obesidade. Embora em menor número (4 pessoas), não deixa de ser interessante realçar o facto de alguns participantes terem percecionado ganhos como a aproximação, o acompanhamento e realização de atividades junto com os seus familiares, impulsionados pelo processo de perda de peso "…e então eu vou com a minha mulher passear. Portanto temos, temos ali um tempo só nosso, em que estamos a fazer uma atividade apelativa para os dois" (F17, linhas 115-116). Tais consequências poderão contribuir para a coesão familiar, bem como para a melhoria da maioria dos casamentos (Crispe et al., 1997), sendo que o aumento da vida social (Kinzll et al., 2003) foi frequentemente considerado pelos parceiros como uma mudança positiva.

Como consequências familiares negativas surgem sobretudo problemas conjugais derivados dos ciúmes e de problemas relacionais "Tornou-se ciumento porque... porque os homens olham… porque, por ele, eu estava bem assim gorda" (P6, linha 242-244)"; "A nível de instabilidade da relação conjugal, sim." (F22, linha 24). Estes dados são sustentados pela literatura, afirmando que as pessoas que mencionam repercussões negativas, referem o aumento da discórdia conjugal e do ciúme como efeitos negativos, sendo uma possível interpretação a de que para alguns maridos não foi do seu agrado que as suas esposas se encontrassem mais atraentes e ativas, especialmente, quando começaram a passar menos tempo em casa devido aos seus compromissos sociais (Kinzll et al., 2003).

*Sexuais*

Relativamente às consequências sexuais positivas encontradas destaca-se a característica associada à desinibição. Esta categoria remete para o facto de a pessoa, perante a diminuição de peso e/ou visão da imagem corporal como mais positiva, se sentir mais ágil, melhor consigo própria, menos desconfortável e por isso, mais à vontade e confiante tanto para com o parceiro como consigo própria, durante a atividade sexual, "Porque fico mais desinibida, a verdade é essa. Estou mais à vontade com o meu corpo, é normal que que me sinta melhor" (F7, linha 115). Destaca-se também que das 9 pessoas que mencionaram esta

consequência apenas 1 é do sexo masculino, o que poderá levar a pensar que há uma maior preocupação em mulheres com os aspetos ligados à imagem corporal. Num estudo conduzido por Weaver e Byers (2006) obtiveram-se resultados sugestivos de que as mulheres com uma imagem corporal mais positiva apresentam melhor funcionamento sexual, o que parece ser uma informação que vai ao encontro do observado neste estudo.

As restantes consequências positivas relatadas associam-se a melhorias em duas das dimensões do funcionamento sexual (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009), nomeadamente, o aumento da satisfação sexual geral e do desejo/excitação. Nestes dois casos, o número de homens a relatar ganhos foi mais equilibrado, embora um pouco superior nos homens (satisfação sexual geral: homens (n=4); mulheres (n=2); desejo/excitação: homens, (n=2); mulheres (n=1)). Estes dados podem sugerir que se por um lado as mulheres dão maior importância às questões ligadas à imagem no âmbito sexual, os homens, por outro lado, valorizam mais questões de funcionamento e desempenho. Kolotkin et al. (2008) enfatizam o mesmo ganho, no âmbito de um estudo onde se avaliaram as mudanças na qualidade da vida sexual de indivíduos de ambos os sexos, na sequência de um tratamento de emagrecimento, ao longo de dois anos, tendo-se verificado que a perda de peso estava significativamente associada a melhorias na qualidade da vida sexual. Num outro estudo da autoria de Kinzl et al., (2003) 45% da amostra foi também evidenciada uma melhoria no relacionamento sexual.

Em suma, a literatura tem explanado que níveis mais elevados de bem-estar estão associados a melhores índices de funcionamento e satisfação sexual (e.g., Ackard, Kearney-Cooke, & Peterson, 2000; Impett & Tolman, 2006), sendo que Gilmartin, Long, e Soldin (2014) relatam que a melhoria na imagem corporal dos participantes melhorou a sua perceção de bem-estar sexual e lhes permitiu ser mais ativos e dinâmicos em relacionamentos íntimos ou em atrair a atenção sexual. Contudo, no presente estudo foi encontrada a independência entre as variáveis satisfação com a imagem corporal e consequências positivas sexuais.

No que concerne às consequências negativas, apenas uma participante assumiu ter perdido o desejo sexual após a cirurgia; considerando que esta não relatou insatisfação corporal, tal pode dever-se ao facto de este ser um processo doloroso. Contudo, existem outros fatores que poderão estar associados ao funcionamento e satisfação sexual que ultrapassam as questões associadas ao peso (Vilarinho, 2010).

*Sociais*

No que diz respeito às consequências de cariz social, um estudo qualitativo (Hindle & Carpenter, 2011) refere que o suporte social é um dos fatores significativos para uma perda de peso bem-sucedida, ideia sustentada também por Anderson, Winett e Wojcik (2007). Mais ainda, Baldwin et al. (2009) apresentaram um estudo longitudinal que indicava que muitas consequências relacionadas à perda de peso, como atratividade percebida e feedback positivo (e.g., elogios ou comentários positivos) estão associados à satisfação das pessoas. Estes dados são também sustentados pela presente investigação que aponta o suporte social informal, mais concretamente, suporte social informal avaliativo/feedback e o suporte social informal emocional como das consequências sociais mais mencionadas. Anderson et al. (2007) referem ainda que o suporte social se relaciona com a autoeficácia (consequência esta também encontrada), que por sua vez surge de um sentimento de autoestima (Cochrane, 2008), algo que também emergiu neste estudo (consequência positiva - aumento de autoestima (57.5%)). Neste sentido, e olhando para os relatos dos participantes do presente estudo surge a interpretação de que os elogios e o apoio vindo daqueles que acompanharam a PPBS, nomeadamente, profissionais de saúde, amigos e família pode constituir para os participantes uma fonte indutora de empoderamento e autoestima, "…mas depois pronto lá está a pessoa quando está com essas tais…com os comentários que fazem à volta, uma pessoa acaba por…que bom, sinto-me bem" (M16, linha 73), que dá origem a iniciativa pessoal, persistência, autoconfiança e otimismo (Cochrane, 2008), necessários numa PPBS. No entanto, contrariamente, constatou-se a independência entre o aumento da autoestima e a perceção de suporte social. Tal, pode constituir um fator protetor, uma vez que leva a crer que as pessoas não dependem da opinião dos outros para se autoavaliarem (neste caso, de forma positiva).

Ainda sobre as consequências sociais, destaca-se a perceção de que a PPBS permitiu que várias pessoas se tornassem mais sociáveis (22.5%). Num estudo de Alegría e Larsen (2015) todos os participantes relataram também um aumento de confiança e mais à vontade para socializar, afirmando "estou muito mais confiante e social agora". Este relato foi idêntico a alguns dos obtidos nesta investigação "sou uma pessoa mais sociável agora" (EA11, linha 174). No entanto, e embora numa percentagem bastante reduzida, revelaram-se também opiniões contrárias, no sentido de a vida social ter sofrido consequências negativas, como a recusa voluntária de convites para fazer refeições fora (5%) ou ainda o isolamento por necessidade (5%). Dado que uma parte significativa da socialização passa por atividades

como tomar café ou fazer refeições conjuntas, manter hábitos de dieta saudáveis podem ser traduzidos em sentimentos de isolamento e medo de implementar novos comportamentos alimentares. Desta forma, os encontros com amigos, colegas de trabalho e familiares podem vir a transformar-se em problemas relacionais/sociais percebidos como uma barreira à perda de peso (Hammarström et al., 2014).

*Profissionais*

Poucos foram os participantes que visionaram ter tido consequências positivas profissionais, tendo mesmo sido ausentes aspetos negativos. As consequências positivas profissionais relatadas são na verdade consequências físicas, ligadas à diminuição do cansaço físico e psicológicas que se prendem com a confiança derivada da perceção de uma melhor aparência e motivação. Contudo sendo estas consequências físicas expressamente indicadas como fatores que melhoraram a vida laboral foram categorizadas como tal (consequência profissional). A literatura sobre este domínio é também escassa, talvez por este não ser percecionado como relevante num PPBS.

*Económicas*

Por fim, mencionam-se as consequências económicas, ou melhor, consequência, visto conter apenas uma subcategoria, mencionada por uma só pessoa. Esta diz respeito à despesa com vestuário, uma vez que, após uma perda de peso significativa a roupa de outrora deixa de servir. Coloca-se a hipótese de este fator negativo (2.5%) (principalmente para pessoas com baixo rendimento) ser um aspeto menos impactante/importante quando comparado com a satisfação relatada em termos de imagem corporal (32.5%) e mais especificamente, relacionada com a aquisição de vestuário (20%) e o prazer pela aparência (20%) manifestados (e.g., “comprar a roupa e gostar do que vejo experimento uma coisa e fica bem experimento a outra e também fica bem”; M34, linha 61).

De forma a compreender se a perceção de consequências negativas e o sexo (Homem/Mulher) são ou não dependentes, recorreu-se ao teste de independência (qui-quadrado) entre as duas variáveis. Verificou-se a independência entre as mesmas. Este resultado é novo dada a escassez de estudo acerca das consequências negativas de uma PPBS,

sobretudo em amostras mistas. Este resultado leva-nos a crer que as consequências negativas percecionadas derivadas de um PPBS, são transversais ao sexo.

**Implicações Clínicas**

Importa agora perceber de que forma é que as consequências mencionadas podem constituir uma fonte promotora de uma perda de peso e consequente manutenção bem-sucedida. As mudanças comportamentais subjacentes a um processo de perda de peso, bem como as experiências intrapsíquicas (e.g., atribuição de significado, reformulação de crenças, valorização de resultados, experiências emocionais, entre outras), quando percecionadas como positivas vão ter um impacto na motivação, sendo esta um mecanismo de ação crucial. Estas consequências serão integradas, acompanhadas de um sentimento de bem-estar subjetivo e aumento da autoestima, o que poderá levar à manutenção do comportamento.

Por outro lado, se a pessoa tiver a perceção de que determinado comportamento, (neste caso associado à perda de peso) lhe traz consequências negativas, este será inibidor de motivação para a sua manutenção. Assim, a tendência do indivíduo será não repetir o comportamento de forma a estabilizar os níveis de bem-estar ou pelo menos sair do desconforto em que se encontra. Tal consistirá numa barreira para a obtenção/manutenção de uma PPBS.

Este processo irá depender não só do número e importância de consequências que a pessoa perceciona, mas também da quantidade e importância destes ganhos. Pois, a pessoa poderá mencionar apenas uma consequência negativa e várias positivas e, no entanto, a negativa ser a que mais impacto tem. Neste sentido, o trabalho em contexto clínico durante o PPBS deve passar por explorar as consequências emergentes, sendo da máxima relevância salientar e trabalhar as conquistas/ganhos e as perdas/barreiras percebidas.

**Autoconceito (AC)**

Apesar do AC ser um construto estável ao longo do tempo (Baumeister, 2004), um processo de mudança como é o experienciado num processo de perda de peso bem-sucedida, pode ser uma circunstância promotora de oscilações e mudanças no mesmo.

As consequências que se manifestam importantes, juntamente com a integração das mesmas via hábito levam a que, longitudinalmente, se tornem parte constituinte do AC. Assim sendo, justifica-se que as categorias identificadas nas consequências tenham sido as

mesmas reportadas nos domínios do AC explanados, mesmo que com diferentes percentagens. Este fenómeno é passível de ser observado não só na grelha de codificação, através do nome e das definições das categorias, como também foi notório no próprio discurso dos participantes, em que por vezes, era difícil identificar se estavam a relatar um aspeto que consideravam ser uma consequência ou parte integrante do seu AC.

Um aspeto que veio reforçar o que acima foi descrito foi o facto de se ter verificado a dependência entre as consequências negativas e o autoconceito espontâneo negativo, sendo que 9 dos participantes (22.5%) referiram a presença de ambas, bem como 21 manifestaram a ausência dos dois (52.5%). Assim, quem menciona a ausência de um refere a ausência de outro.

Para as características do AC que parecem não ter ligação com nenhuma das consequências mencionadas põe-se a hipótese de serem características que já estavam integradas anteriormente ao processo de PPBS. Apesar da presente investigação se focar exclusivamente no AC espontâneo, esta hipótese poderá ser sustentada pelo facto de existirem pessoas que relataram "Bem-disposta, normalmente sempre fui" (M25, linha 224).

Durante o processo de codificação das entrevistas, alguns participantes relataram que a forma como se viam era idêntica à forma como percecionavam que os outros os viam. Tal vai de encontro à teoria da autoverificação (Owens, 1993) que sustenta que as avaliações por parte dos outros que confirmam a ideia que o indivíduo tem sobre si, são preferíveis comparativamente às que contradizem a noção sobre si próprio, independentemente de serem positivas ou negativas.

*Identidade - Modelo para Outros*

Uma consequência positiva, não discutida em cima, foi a "Identidade - Modelo para Outros" que, tal como o nome indica, se traduz na perceção por parte do indivíduo como um modelo para os outros, devido ao sucesso na perda de peso "Vêem-me como uma referência" (EA8, linha 600). Com a continuada confirmação desta ideia por parte de terceiros, o indivíduo vai internalizando essa representação mental que tem de si próprio – internalizando-a como um aspeto da sua identidade (Oyserman & Destin, 2010; West & Brown, 2013)- neste caso concreto, percecionando-se como um modelo a ser seguido pelos que o/a rodeiam (e.g., amigos, familiares) dado o seu sucesso na PPBS (Michie et al., 2013): "Vêem-me como uma

referência, o esforço que eu fiz para chegar a este peso e agora conseguir manter" (EA8, linha 600)

*Autoestima*

Aquando questionados sobre a forma como se viam e como achavam que os outros os viam, algumas das respostas dos participantes foram "Eu, neste momento posso-lhe dizer que me sinto muito bem comigo própria" (F27, linha 400); "as pessoas gostam muito" (F22, linha 60). Respostas deste tipo referem-se não propriamente à forma como a pessoa se vê, mas sim à forma como a pessoa se sente acerca dessas autoperceções, ou seja, à sua autoestima - estando perante a dimensão avaliativa do autoconceito (Baumeister, 2004).

*Imagem Corporal*

A imagem corporal compreende dois eixos centrais principais: o eixo atitudinal (que inclui uma componente avaliativa e de investimento) e o eixo da autoperceção (Cash, 2011).

O eixo atitudinal refere-se à qualidade da satisfação que uma pessoa tem com a sua aparência (Cash, 2004, 2011). De acordo com este modelo, e considerando as categorias emergentes no presente estudo, podem ser reconhecidas - dentro da dimensão do autoconceito - 4 atitudes face à imagem corporal: positiva, negativa, ambivalente e neutra.

O eixo da autoperceção está relacionado com o investimento e grau de importância cognitiva, emocional e comportamental que se atribui à autoavaliação do corpo (Cash, 2004, 2011). Este investimento na imagem corporal implica o desenvolvimento de esquemas específicos relativos à imagem corporal. Esquemas estes essenciais para compreender as experiências da imagem corporal de um indivíduo (Cash, Melnyk, & Hrabosky, 2004). Esta conceptualização foi visível nos resultados obtidos, considerando que as várias subcategorias emergentes da imagem corporal são parte integrante desses esquemas descritos.

Tal como se verificou um número bastante superior de consequências positivas em detrimento das negativas, o mesmo se constatou para as atitudes positivas sobre a imagem corporal face às restantes (negativa, ambivalente e neutra). O que sustenta a hipótese de que as consequências quando prolongadas são interiorizadas, passando a ser parte integrante do AC. Contudo, o contrário não se pode excluir (i.e., pode ter acontecido estes participantes terem à partida uma imagem corporal positiva, o que se poderá ter traduzido numa maior facilidade ao nível do reconhecimento de consequências positivas associadas à aparência).

São exemplos de subcategorias (esquemas) de uma atitude positiva face à imagem corporal, a perceção de satisfação com a imagem corporal, de diminuição de peso, magreza, investimento corporal e de se ser bonito e atraente.

Testou-se a dependência entre as variáveis autoestima e a imagem corporal verificando-se que são independentes. Este resultado vai contra o descrito na literatura, uma vez que a autoestima é considerada o preditor mais importante da insatisfação corporal (Griffiths & McCabe, 2000).

Sobre a atitude negativa, em percentagens sempre inferiores a 10%, surgiu a perceção de desconsideração da PPBS por parte de outros, a insatisfação com o peso e com a forma corporal, entres outras. Numa investigação sobre este tema, foi identificado que os participantes sentiam necessidade de alcançar uma maior congruência entre o seu corpo atual (agora menor) e a visão de si próprios. Apesar das evidências, afirmavam ser "uma pessoa gorda num corpo magro". Como tal, o seu comportamento era também ele congruente com essa identidade (Alegria & Larsen, 2015).

Verificou-se ainda que, à semelhança das consequências negativas, o autoconceito negativo é independente do sexo (Homem/Mulher). Tal pode ser entendido como não havendo discrepância entre homens e mulheres no que toca a perceções negativas sobre si próprio. No entanto, o número reduzido de menções referentes ao autoconceito negativo (n=16) poderá contribuir para esta independência.

Perante esta autoavaliação negativa, fatores que podem ser moderadores e trabalhados em contexto clínico passam por criar marcadores do progresso, por exemplo, através da roupa e do número de quilos perdidos, uma vez que ajudam a pessoa a consciencializar-se dessas mudanças corporais. Por outro lado, esta estratégia também irá proporcionar motivação e um incentivo para que a pessoa mantenha os comportamentos adaptativos. Outra sugestão é a realização de uma reflexão e um confronto com o eu anterior. Refletir sobre o antigo eu parece ajudar a colocar qualquer insatisfação presente em perspetiva, bem como fazer o balanço entre a qualidade de vida e as melhorias, comparando a experiência pessoal antes e depois da PPBS (Alegria & Larsen, 2015).

Relativamente à neutralidade face à imagem corporal, parece existir uma postura de conformação com a forma como perceciona ser, sem que isso signifique indiferença.

Foi denotada também, em alguns relatos, uma atitude de ambivalência. Esta poderá ser resultado de uma autoperceção discrepante relativa à imagem, i.e., uma incongruência entre o eu percebido e o real, ou ser fruto de uma tentativa mal-sucedida de internalizar o eu real, o que faz com que a forma como a pessoa se descreve oscile.

*Personalidade Explícita*

Decorrente da perda de peso, a pessoa pode percecionar ganhos não só relacionados com o corpo, o peso e a imagem corporal, mas também com dimensões mais desfocadas do corpo e do peso. Nomeadamente, há pessoas que se referem a domínios do seu autoconceito, mais positivos, mas também alguns negativos, através da descrição de traços da sua personalidade. Estes, que se referem a características pessoais relativamente estáveis e não patológicas, podem designar-se por autoconceito de personalidade explícita (Schnabel, Asendorpf, & Greenwald, 2008). Para melhor refletir as várias características da personalidade, que se encontram já sistematizadas, recorreu-se a várias taxonomias (Goldberg, 1990; McCrae & Costa, 1987; Mlacic & Ostendorf, 2004; Schanabel, Asendorpf, & Greenwald, 2008; Schmukle, Back, & Egloff, 2008). Algumas das características mais relatadas pelos participantes foram valorizado (32.5%), determinado (25%), confiante (15%), bem humorado (12.5%), autoeficaz (12.5%) ou, por outro lado, com baixa autoeficácia (5%) ou refilão (2.5%).

## Implicações Clínicas

O estudo do autoconceito tem como pertinência explorar como é que as pessoas se veem no todo e no momento (autoconceito espontâneo), após um sucesso, podendo vir a ser um foco terapêutico entender, caso exista esta necessidade, o desencontro entre o sucesso (PPBS) e a forma como a pessoa se vê. Alertando para o facto de que as mudanças corporais percebidas são de maior importância do que as mudanças reais na imagem corporal (Martin, Ginis, McEwan, Josse, & Phillips, 2012), em contexto clínico, o objetivo poderá ser auxiliar na construção e integração de um autoconceito real e positivo.

### Limitações e Sugestões Futuras

A primeira limitação desta investigação prende-se com o processo de entrevista via chamada telefónica (47,3%), uma vez que telefonicamente, não é possível captar o comportamento não verbal que poderá ser revelador de informação útil ao entrevistador. Outra limitação deve-se a um dos participantes, entrevistado telefonicamente, não ter procedido ao reencaminhamento das escalas preenchidas, pelo que se perdeu alguma informação relativa ao mesmo. Num estudo futuro uma solução para ultrapassar esta limitação

poderá ser a realização da entrevista por videochamada e solicitar aos participantes que procedam ao preenchimento e envio da escala anteriormente à realização da mesma.

O objetivo de estabilizar a grelha de codificação não foi cumprido, apontando-se para a hipótese de tal facto se dever à heterogeneidade da amostra. Derivada da limitação anterior, destaca-se o reduzido tamanho da amostra, o que pode também ter contribuído para que não tenha sido atingida a saturação dos dados. Assim, de forma a que este processo possa ser concluído, sugere-se o aumento da amostra. Contudo, apesar do seu tamanho limitado, a natureza do estudo (qualitativa) e o recurso a uma amostra que compreende indivíduos de ambos os sexos constituem uma força no presente estudo.

Outro aspeto relevante prende-se com as entrevistas terem sido realizadas por profissionais com pouca experiência, o que fez com que não colocassem algumas questões da melhor forma. Por exemplo, perguntar se teve impacto e não quais foram as consequências. O impacto pode ser positivo ou negativo e, por isso não é conclusivo se é uma consequência (positiva ou negativa). Outro exemplo, quando as pessoas responderam que sim, que trouxe consequências positivas e/ou negativas em certo aspeto não terem sido, por vezes, exploradas quais. O aperfeiçoamento destes aspetos tornaria a investigação ainda mais rica em termos de conteúdos emergentes. Como tal, sugere-se que numa investigação futura as entrevistas sejam conduzidas por profissionais mais experientes.

Um outro ponto a ser melhorado são dois dos critérios de inclusão:

Primeiramente deve ser alterado o critério de inclusão de uma perda de pelo menos 7% do peso inicial para 10%, uma vez que atualmente é esta a percentagem mais aceite pela literatura (Viana & Leal, 2013).

Quanto ao critério de inclusão referente ao período de manutenção de pelo menos um ano, recomenda-se que este seja aumentado para pelo menos dois. Isto porque durante a realização das entrevistas, em alguns dos participantes, foi notório um discurso que apontava para o reganho, tendo que ser excluídos da análise. A literatura refere que os primeiros anos após a perda de peso constituem o período mais vulnerável para a sua recuperação. Indivíduos que conseguem manter a sua perda de peso por mais de dois anos têm maior hipótese de continuar a mantê-lo a longo prazo (Wing & Hill, 2001).

Por outro lado, também o facto de a pessoa já ter passado pelo processo de perda de pessoa há muito tempo, pode afetar o que e a forma como a pessoa se lembra das consequências que daí advieram.

Uma forma de tentar colmatar as duas lacunas acimas identificadas poderá ser o desenvolvimento de um estudo longitudinal que contemple pelo menos 3 momentos de avaliação (entrevista), um durante o processo de perda de peso, o seguinte imediatamente após a pessoa ter feito uma perda de peso de pelo menos 10%, outro após dois anos (acautelando para a provável perda de participantes).

A presente investigação centrou-se em definir quais e quantas consequências (positivas e negativas) de uma perda de peso percecionadas por pessoas que tiveram um sucesso nesta transformação. O número de menções ditas por cada participante poderá ajudar a perceber a importância e o impacto de determinada consequência, no entanto, poderá ser redutor. Neste sentido, seria da máxima pertinência que uma investigação futura se debruçasse na importância e no impacto das mesmas.

Sendo de facto muito limitado o número de estudos que abordam tanto as consequências (negativas e positivas), como a forma como a pessoa se vê (autoconceito espontâneo), após uma PPBS, este estudo revelou-se uma mais valia para exploração e compreensão, dada a riqueza e diversidade dos conteúdos identificados. Verificou-se que as consequências positivas são largamente superiores às negativas, o que pode significar que são fatores promotores de uma manutenção bem-sucedida. Por sua vez, também a forma como a pessoa se vê se manifesta fundamental para reforçar a forma como a pessoa se comporta. Neste caso concreto, sendo as características do autoconceito positivo muito superiores em número e menção ao autoconceito negativo, a pessoa tenderá a ter comportamentos de manutenção do peso perdido.

# Referências


Aamodt, S. (2016). *Why Diets Make Us Fat: The Unintended Consequences of Our Obsession With Weight Loss*. New York: Kindle Edition.

Ackard, D., Kearney-Cooke, A., & Peterson, C. (2000). Effect of body image and selfimage on women's sexual behaviors. *International Journal of Eating Disorders, 28*(4), 422-429.

Ahmed, S. (2008). Sociable happiness. *Emotion, Space and Society, 1*(1), 10-13. doi: 10.1016/j.emospa.2008.07.003

Alegría, C. A., & Larsen, B. (2015). "That's who I am: a fat person in thin body": Weight loss negative self-evaluation, and mitigating strategies following weight loss surgery. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27*(3), 137-144. doi: 10.1002/2327-6924

Anderson, E.S., Winett, R.A., Wojcik, J.R. (2007). Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: social cognitive theory and nutrition behavior. *Annals of Behavioral Medicine, 34*(3), 304-12.

Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image: An International Journal of Research, 1*, 155-167. doi: 10.1016/j.bodyim.2003.12.001

Assimakopoulos. K., Karaivazoglou., K., Panayiotopoulos, S., Hyphantis, T., Iconomou, G., & Kalfarentzos, F. (2011). Bariatric surgery is associated with reduced depressive symptoms and better sexual function in obese female patients: a one-year follow-up study. *Obesity Surgery, 21*(3), 362-366. doi: 10.1007/s11695-010-0303-z

Baldwin, K.M., Joanisse, D.R., Haddad, F., Goldsmith, R.L., Gallagher, D., Pavlovich, K.H., . . . Rousenbaum, M. (2011) Effects of weight loss and leptin on skeletal muscle in human subjects. American journal of physiology. Regulatory, integrative and comparative physiology, *301*(5), 1259-1266. doi: 10.1152/ajpregu.00397.2011

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo (Edição revista e actualizada).* São Paulo: Ed. 70

Baumeister, R. F. (1997). Identity, self-concept, and self-esteem: The self lost and found. In R. Hogan, J. A. Johnson, & S. R. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 681-710). San Diego, CA, US: Academic Press.

Baumeister, R. F. (2004). Self-concept, self-esteem, and identity. In V. J. Derlenga, B. A. Winstead, & W. H. Jones (Eds.). *Personality: contemporary theory and research* (pp. 246-280). Cengage Learning.

Baumeister, R. F. (2010). *The self. In R. F. Baumeister*, & E. J. Finkel (Eds.), Advanced social psychology: The state of the science (pp. 139-175). Oxford: Oxford University Press.

Baumeister, R.F. (2018). *Self-regulation and self-control*. Nova York: Routledge.

Bernard, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição, 18*(1), 85-93.

Blaine, B. E., Rodman, J., & Newman, J. M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being: a review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology, 12*, 66-82. doi: 10.1177/1359105307071741

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101.

Bray, G. A. (2004). Medical Consequences of Obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *89*(6), 2583–2589. doi: 10.1210/jc.2004-0535

Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Cash, T.F. (1996). Body image and cosmetic surgery: the psychology of physical appearance. *American Journal of Cosmetic Surgery*, 13, 345-351.

Cash, T.F., Melnyk, S.E., & Hrabosky, J.I. (2004). The assessment of body image investment: an extensive revision of the appearance schemas inventory. International Journal of Eating Disorders, 35(3):305-16. doi:10.1002/eat.10264

Cash, T.F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance, 1*, 334-342. doi: 10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7

Cochrane, G. (2008). Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments. Helping patients develop self-efficacy. *Canadian Family Physician, 54*(4), 543–547.

Coopersmith, S. (1981), *SEI - The Self Esteem Inventories*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Crisp, A.H., Kalucy, R.S., Pilkington T.R., & Gazet, J.C. (1997). Some psychosocial consequences of ileojejunal bypass surgery. *The American Journal of Clinical Nutrition, 30,* 109-120.

Damasceno, V., Lima, J., Vianna, J., Vianna, V., & Novaes, J. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 11*(3), 181-186.

Diener, E. (2000), Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national inde.g., *American Psychologist, 55* (1), 34-43.

Draper, C.E., Davidowitz, K.J, & Goedecke, J.H. (2015). Perceptions relating to body size, weight loss and weight-loss interventions in black South African women: a qualitative study. *Public Health Nutrition, 19*(3), 548–556. doi:10.1017/S1368980015001688

Du, H., King, R.B., & Chi., P. (2017). Self-esteem and subjective well-being revisited: the roles of personal, relational, and collective self-esteem. *PLoS One, 12(*8). doi: 10.1371/journal.pone.0183958

Fleming, J. S., & Watts, W. A. (1980). The dimensionality of self-esteem: some results for a college sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 921-92.

Frota, A.C. (2007). Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida. *Direção Geral de Saúde,* 1-16

Ginis, K. A. M., McEwan, D., Josse, A.R., Phillips, S.M. (2012). Body image change in obese and overweight women enrolled in a weight-loss intervention: The importance of perceived versus actual physical changes. *Body image, 9,*311-317. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.04.002

Goldberg, L.R. (1990). An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology 59*(6), 1216-1229.

Gorin, A. A., Pinto, A. M., Tate, D. F., Raynor, H. A., Fava, J. L., & Wing, R. R. (2007). Failure to meet weight loss expectations does not impact maintenance in successful weight losers. *Obesity, 15*(12), 3086-3090. doi: 10.1038/oby.2007.367

Greenwald, A. G., Bellezza, F. S., & Banaji, M. R. (1988). Is self-esteem a central ingredient of the self-concept?. *Personality and Social Psychology Bulletin, 14,* 34-45.

Griffiths, J. A., & McCabe, M. P. (2000). The influence of significant others on disordered eating and body dissatisfaction among early adolescent girls. *European Eating Disorders Review, 8,* 301-314. doi: 10.1002/1099-0968(200008)8:4<301::AID-ERV357>3.0.CO;2-C

Guisado, M. J. A., Vaz, F. J., Alarcón, J., Béjar, A., Casado, M. J., & Rubio, M. A. (2002). Psicopatologia en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana de Endocrinologia, 13*(1), 29-34.

Hammarström, A., Wiklund, A. F., Lindahl, B., Larsson, C., & Ahlgren, C. (2014). Experiences of barriers and facilitators to weight-loss in a diet intervention – a qualitative study of women in Northern Sweden. *BioMed Central Women's Health, 14*(1). doi: 10.1186/1472-6874-14-59

Harter, S. (1999). The content, valence, and organization of self-evaluative judgments. In S. Harter (Eds.), *The Construct of the Self* (pp.116-141). New York: The Guilford Press.

Harter, S. (2008). The developing self. In W. Damon, R. M. Lerner, D. Kuhn, R. S. Siegler, & N. Eisenberg (Eds.), *Child and adolescent development: An advanced course* (pp. 216-255). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Hartmann-Boyce, J., Aveyard, P., Koshiaris, C., & Jebb, S.A. (2016). Development of tools to study personal weight control strategies: OxFAB taxonomy. *Obesity, 24*(2), 314-320. doi: 10.1002/oby.21341

Hartmann-Boyce, J., Boylan, A.M., Jebb, S.A, Fletcher, B., & Aveyard, P. (2016). Cognitive and behavioural strategies for self-directed weight loss: systematic review of qualitative studies. *Obesity Reviews, 18*(3), 335-349. doi: 10.1111/obr.12500

Heredia, T., Pimenta, F., Lima, M., Bernarda, L., & Simoes, J. (2012). Body Mass Index (BMI): Are we using an informative measure in health-related studies? *EHPS 2012 abstracts, Psychology & Health, 27*(1), 191.

Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Langkafel, M., Senf, W., & Hebebrand, J. (2003) Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders, 27*, 1300–1314.

Hindle, L., & Carpenter, C. (2011). An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 24*(4), 342-50. doi: 10.1111/j.1365-277X.2011.01156.x

House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support.* Reading, Mass: Addison-Wesley.

Impett, E., & Tolman, D. (2006). Late adolescent girls' sexual experiences and sexual satisfaction. *Journal of Adolescent Research, 21*(6), 628-646.

Institute of Medicine. (1995). *Weighing the options: Criteria for evaluating weight management programs*. Washington, DC: Government Printing Office.

Jackson, S.E., Steptoe, A., Beeken, R.J., Kivimaki, M., & Wardle, J. (2014). Psychological changes following weight loss in overweight and obese adults: a prospective cohort study. *PLOS ONE, 9*(8), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0104552

Johns, D.J., Hartmann-Boyce, J., Jebb, S.A., & Aveyard, P. (2014). Diet or Exercise Interventions vs Combined Behavioral Weight Management Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Direct Comparisons. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 114 (10), 1557-1568. doi: doi.org/10.1016/j.jand.2014.07.005

Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J., & Turner, L.A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*(2). 122-133. doi: 10.1177/1558689806298224

Karfopoulou, E., Mouliou, K., Koutras, Y., & Yannakoulia, M. (2013). Behaviours associated with weight loss maintenance and regaining in a Mediterranean population sample. A qualitative study. *Clinical Obesity, 3,* 141-149. doi: 10.1111/cob.12028

Kinzl, J.F., Traweger, C.,Trefalt, E., Biebl, (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery, 13*(1), 110-115. doi: 10.1381/0960892033

Klem, M. L., Wing, R. R., McGuire, M. T., Seagle, H. M., & Hill, J.O. (1997). A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *American Journal of Clinical Nutrition, 66,* 239–246.

Knowler, W. C., Barrett-Conner, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., Nathan, D. M. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine, 346,* 393-403. doi: 10.1056/NEJMoa012512

Kolotkin, R., Binks, M., Crosby, R., Østbye, T., Mitchell, J., & Hartley, G. (2008). Improvements in sexual quality of life after moderate weight loss. International *Journal of Impotence Research, 20*(5), 487-492.

Langer, V., Singh, A., & Cram, A. E. (2011). Body contouring following massive weight loss. *Indian Journal of Plastic Surgery, 44,* 14–20.

Lima, A.C.R. & Oliveira, A.B. (2016). Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças-Psicologia da Saúde, 24(1),* 1-14.

Linville, P. W. (1985). Self-complexity and affective extremity: Don't put all of your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition, 3*(1), 94-120.

McCaffery, J.M, Papandonatos, G.D., Huggins, G.S., Peter, I., Erar, B., Kahn, S.E., . . . Wing, R.R. (2013). Human Cardiovascular Disease IBC ChipWide Association with Weight Loss and Weight Regain in the Look AHEAD Trial. H*uman Heredity, 75*,160–174. doi: 10.1159/000353181

Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*(2), 63-78.

Marôco, J. (2011). Análise estatística com o SPSS statistics. (5ª Ed). Pero Pinheiro: ReportNumber. Análise e Gestão de Informação, Lda.

Martin Ginis, K.A., McEwan, D., Josse, A.R., & Phillips, S.M. (2012). Body image change in obese and overweight women enrolled in a weight-loss intervention: the importance of perceived versus actual physical changes. *Body Image, 9*(3), 311-7. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.04.002.

Masheb, R. M., Grilo, C. M., Burke-Martindale, C. H., & Rothschild, B. S. (2006). Evaluating oneself by shape and weight is not the same as being dissatisfied about shape and weight: A longitudinal examination in severely obese gastric bypass patients. International Journal of Eating Disorders, 39, 716–720.

McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(1), 81-90.

McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia Medica, 22*(3), 276-282.

McMahon N.E., Visram, S., & Connel, L.A. (2016). Mechanisms of change of a novel weight loss programme provided by a third sector organisation: a qualitative interview study. *BMC Public Health, 16,* 378. doi:10.1186/s12889-016-3063-4

Michie, S., Richardson M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M.P., Cane, J., & Wood, C.E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine, 46*(1), 81-95. doi:10.1007/s12160-013-9486-6

Ministério da Saúde. (2008). Plataforma contra a obesidade. Retirado de http:// www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/ADE92780-5A82-4503-B613-BED11B4ABED7/0/PROTOCOLO_CMsUATLA_msPCO29FEV.pdf

Mlacic, B., & Ostendorf, F. (2004). Taxonomy and structure of croatian personality-descriptive adjectives. *European Journal of Personality, 19,* 117-129. doi: 10.1002/per.539

Neufeld, C.B., Moreira, C.A.M., & Xavier, G.S. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. *Psico, 43* (1), 93-100.

Owens, T. J. (1993). Accentuate the positive – and the negative: rethinking the use of self esteem, self-deprecation, and self-confidence. *Social Psychology Quarterly, 56*(4), 288-299.

Oyserman, D., & Destin, M. (2010). Identity-based motivation: implications for interventions. *The Counseling Psychologist, 38*(7), 1001–1043.

Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). Self, self-concept, and identity. In M. R. Leary, & J. P. Tangney (Eds.). *Handbook of self and identity* (pp. 69-104). New York: The Guildford Pres.

Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. (2ª Ed.). Lisboa: Placebo, Editora Lda.

Pechorro, P.S., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação de uma versão feminina do índice de satisfação sexual (ISS). *Laboratório de Psicologia, 7*(1), 45-56.

Pechorro, P.S., Calvinho A.M., Vieira, R.X., & Marôco, J. (2012). Validação de uma versão portuguesa masculina do índice de satisfação sexual. *Revista Internacional de Andrologia, 10*(2), 69-75. doi: 10.1016/S1698-031X(12)70053-5

Pereira, J., & Mateus, C. (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Publica, 3*, 65-80.

Perri, M. G. (2002). Improving maintenance in behavioral treatment. In Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.), *Eating disorders and obesity* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.

Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Médica de Chile, 139*(5), 571-578.

Rosas, R.A.F. (2015). *The perceived consequences and self-concept of a successful weight loss – a qualitative study* (Tese de Mestrado, não publicada, ISPA-IU, Lisboa). Recuperado de http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4531/1/19852.pdf

Rosas, R., Pimenta, F., Maroco, J., & Leal, I. (2017a). Perceived consequences of a successful weight loss: A pluralist qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 1-13. doi: 10.1177/1359105316685901

Rosas, R., Pimenta, F., Maroco, J., & Leal, I. (2017b). Spontaneous self-concept in a successful weight loss - a pluralist qualitative study. *Psicologia, Saúde & Doenças, 18*(1), 1-18. doi: 10.15309/17psd180101

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavior aspects of bariatric surgery. *Obesity Research, 13*, 639–648.

Sarwer, D. B., Dilks, R. J., & Spitzer, J. C. (2011). Weight loss and changes in body image. In T. F. Cash, & L. Smolak (2nd Ed.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 369-377). New York: The Guilford Press.

Shavelson, R. J., & Bolus, R. (1982). Self-concept: the interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology, 74*(1), 3-17.

Schnabel, K., Asendorpf, J.B., & Greenwald, A.G. (2008). Assessment of individual differences in implicit cognition: a review of IAT measures. *European Journal of Psychological Assessment, 24*, 210-21. doi: 10.1027/1015-5759.24.4.210

Schmukle, S.C., Back, M.D., & Egloff, B. (2008). Validity of the five-factor model for the implicit self-concept of personality. *European Journal of Psychological Assessment, 24*(4), 263–272. doi: 10.1027/1015-5759.24.4.263

Swan-Kremeier,L.A., Mitchell, J.E., Twardowski, T., Lancaster, K., & Crosby, R.D., (2005). Travel distance and attrition in outpatient eating disorders treatment. *International Journal of Eating Disorders, 38(4)*, 367-370. doi: 10.1002/eat.20192

Silva, G.A., & Lange, E.S.N. (2010). Imagem Corporal: a perceção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicologia Argumento, 28*(60), 43-57.

Siroski, C., Luppa, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., Konig, H., & Heller, S. (2011). The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. *BioMed Central Public Health, 11*(661), 1-8.

Smith, F., & Farrants, J.R. (2013). Shame and self-acceptance in continued flux: qualitative study of the embodied experience of significant weight loss and removal of resultant excess skin by plastic surgery. *British Journal of Health Psychology, 18*(9), 1129-1140. doi: 10.1177/1359105312459095

Swencionis, C., Wylie-Rosett, J., , Lent, M., R., Ginsberg, M., Cimino, M., Wassertheil-Smoller, . . . Carol-Jane. (2013). Weight change, psychological well-being, and vitality in adults participating in a cognitive–behavioral weight loss program. *Health Psychology, 32*(4), 439-446.

Taylor, S. E., & Brown, J. (1988). Illusion and well-being: Some social psychological contributions to a theory of mental health. *Psychological Bulletin, 103*, 193-210.

Teixeira, J.A.C. (2010). *Introdução à psicopatologia geral.* Lisboa: ISPA.

Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Martin, C. J., Metcalfe, L., . . . Lohman, T. G. (2002). Weight loss readiness in middle-aged women: psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *Journal of Behavioral Medicine, 25*(6), 499-523.

Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Metcalfe, L. L., Blew, R. M., . . . & Lohman, T.G. (2004). Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. International Journal of Obesity, 28, 1124–1133.

Tosetto, A., & Júnior, C. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Medicina (Ribeirão Preto), 41*(4), 497-507.

Tremmel, M., Gerdtham, Ulf-G., Nilsson, P.N.M., Saha.S. (2017). *Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review.* International Journal of Environmental Research Public Health, *14*(4), 1-18. doi: 10.3390/ijerph14040435

Viana, T. C., & Leal, I. (2013). *Sintomas alimentares, cultura, corpo e obesidade: questões clínicas e de avaliação* (1ª ed). Lisboa: Placebo Editora.

Vieira, P., Castro, M., Silva, M., Minderico, C., Coutinho, S., Santos, T., & Teixeira, P. (2008). Impacto de um programa comportamental de controlo do peso na qualidade de vida e bem-estar subjectivo. In I. Leal, J.L. Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Intervenção em Psicologia da Saúde* (pp.529-532). Lisboa: Edições ISPA

Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina Integração do Afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais* (Tese de Mestrado, não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra). Recuperado de https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18484/1/TESE.pdf

Wadden, T.A, Steen, S.N., Wingate, B.J., & Foster, G.D. (1996). Psychosocial consequences of weight reduction: how much weight loss is enough? *American Journal Clinical Nutrition, 63*(3), 461-463. doi: 10.1093/ajcn/63.3.461

Warrens, M. J. (2014). New interpretations of Cohen's kappa. *Journal of Mathematics*, 2014.

Weaver, A.D., & Byers, E.S. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly, 30*(4), 333-339. doi: 10.1111/j.1471-6402.2006.00308.x

West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction.* (2nd Ed.). Wiley Blackwell: Addiction Press.

Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition, 21(*1), 323-341. doi: 10.1146/annurev.nutr.21.1.323

Wing, R. R., & Klem, M. (2002). Characteristics of successful weight mainteiners. In Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.), *Eating disorders and obesity (2º ed.)*. New York: The Guilford Press

World Health Organisation (2017a). *Obesity and overweight*. Retirado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/

World Health Organisation (2017b). *Obesity.* Retirado de http://www.who.int/topics/obesity/en/

Wyatt, S. B., Winters, K. P., & Dubbert, P. M. (2006). Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *American Journal of the Medical Sciences, 331*(4), 166-174.

# Anexos

**Anexo 1:** Outputs extraídos SPSS

**Frequências**

**Estatísticas**

| | | Sexo | Idade da participante | IMC | Q13 ii) |
|---|---|---|---|---|---|
| N | Válido | 39 | 39 | 39 | 36 |
| | Omisso | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Média | | 1,31 | 41,90 | 25,3259 | 21,68750 |
| Erro Desvio | | ,468 | 12,409 | 2,22504 | 15,230587 |

**Tabela de Frequências -Sexo**

**Sexo**

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Feminino | 27 | 67,5 | 69,2 | 69,2 |
| | Masculino | 12 | 30,0 | 30,8 | 100,0 |
| | Total | 39 | 97,5 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 1 | 2,5 | | |
| Total | | 40 | 100,0 | | |

**Anexo 2:** Questionário de Triagem

1 - Quanto pesava antes de começar a perder peso?_____ kg.

2 - Quanto peso perdeu desde o momento que começou a perder peso até hoje?_____ kg

3 - Pedimos-lhe agora ajuda para perceber em que momento (há quanto tempo) atingiu uma perda de 7% do seu peso corporal.

a) Para calcular a quantos quilos correspondem os 7% no seu caso pessoal basta multiplicar o seu peso inicial (antes de começar a perder peso) por 7 e depois dividir o resultado por 100. Exemplo: Peso inicial = 90Kg Então 90 x 7 / 100 = 6,3kg (7% do peso corporal)

Por favor calcule agora 7% do seu peso e insira esse número (que corresponde a quilos) no espaço em branco, na fórmula que se segue: Peso inicial (quilos que tinha antes de começar a perder peso) x 7 / 100 = _____ kg

b) Agora localize-se por favor no tempo: há quanto tempo aproximadamente (em que mês, e de que ano) atingiu essa perda de 7% do seu peso corporal? Mês _____; Ano _____.

c) E durante quanto tempo (meses ou anos) manteve esta perda de peso, ou seja, não aumentou o seu peso acima dos 7% perdidos (por e.g.,, se o peso inicial é 90 kg e se os 7% do peso corporal equivalem a 6,3kg, durante quanto tempo conseguiu manter esta perda de 6,3kg (ou seja, 90kg - 6,3kg = 83,7kg) sem voltar a aumentar de peso acima dos 83,7kg)? _____

4 - Quanto pesa actualmente?_____ kg. E qual a sua altura?_____ m.

**Anexo 3:** Consentimento Informado

A presente investigação, efectuado na especialidade de **Psicologia da Saúde**, da responsabilidade da Prof. Doutora Filipa Pimenta (ISPA – Instituto Universitário), e com a orientação da Prof. Doutora Isabel Leal (ISPA – Instituto Universitário) e co-orientação da Prof. Doutora Jane Wardle (University College London), é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (referência SFRH/BPD/77799/2011).

Esta investigação estuda os factores associados à manutenção de um peso excessivo e explora igualmente processos associados à perda de peso bem sucedida.

Neste momento, convido-o(a) a participar nesta fase da investigação através do preenchimento das questões que encontrará nas páginas seguintes e da participação numa entrevista sobre a experiência e história pessoais com o seu peso.

Esta investigação tem igualmente o objectivo, numa segunda fase, de ajudar os participantes com excesso de peso a diminuírem o seu peso, de uma forma apoiada, através de uma intervenção psicológica.

Algumas pessoas poderão ser convidadas a participar nesta segunda fase, convite esse que poderão rejeitar, se assim o desejarem, sem que isso tenha quaisquer consequências. Se quiser participar na segunda fase, deverá preencher também a última folha.

A sua participação é de elevada importância para que possamos conhecer de uma forma mais objectiva e abrangente **como é que as mulheres e os homens portugueses vivem a obesidade e o excesso de peso, e conseguem, nos casos de sucesso, diminuir o peso corporal excessivo**.

Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente **confidenciais**. Assegura-se ainda que a sua participação (ou recusa em participar) em nada interfere com o seu acompanhamento multidisciplinar, no caso de estar ser contactado em contexto hospitalar/clínico. Esclarece-se ainda que poderá ter acesso aos resultados do estudo contactando a investigadora responsável por e-mail.

Muito obrigada pela sua participação.

A investigadora responsável,
Filipa Pimenta, PhD
Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde
ISPA - Instituto Universitário
Rua Jardim do tabaco, 34
1149-041 Lisboa
Tel.: 218 811 700
e-mail: filipa_pimenta@ispa.pt

Se aceita participar, por favor rubrique esta página e a seguinte e, de seguida, retire para si a primeira página (são ambas iguais e a primeira página é para si).

**Data: ____/____/____**

_____
(Rubrica da participante)

**Anexo 4:** Autorização para Gravação de Entrevista

## Autorização para a gravação da Entrevista

Declaro que dei autorização para os investigadores fazerem a gravação áudio desta entrevista, sabendo que todos os meus dados são confidenciais e que nenhuma identificação pessoal será associada aos conteúdos ou revelada.

_____

(Rubrica)

**Anexo 5:** Guião da Entrevista

- (**Consequências POSITIVAS percebidas**) No seu caso pessoal, acha que a manutenção de um peso elevado tem alguma consequência **positiva**? Se sim, quais?

a) Tem alguma consequência positiva a nível Pessoal?

b) e a nível familiar?

c) e a nível Profissional, acha que o seu peso actual tem alguma consequência positiva?

d) e a nível Social, sente que a manutenção do seu peso tem alguma consequência positiva?

- (**Consequências NEGATIVAS percebidas**) No seu caso particular, que consequências negativas tem esta manutenção de um peso elevado? Como é que o seu peso actual o afecta?

a) Tem impacto na sua vida social, na forma como planeia as suas actividades extra-laborais (extra-curriculares) e se relaciona com os seus amigos? Se sim, que consequências? Podia falar-me um pouco mais sobre isso?

b) E na sua vida profissional? Caso existam, que consequências tem a manutenção de um peso elevado? Podia desenvolver um pouco mais essa ideia?

c) E na sua vida familiar? Na forma como interage com a família de origem (pais, irmãos, outros)? _____ Tem filhos? Se sim, acha que o seu peso actual tem influência na forma como interage e se relaciona com eles? Como assim?

c) E na sua vida pessoal, tem impacto a manutenção deste peso? Sente que o seu peso pessoal interfere com a sua vida íntima? E sexual? Como assim? Podia explicar-me melhor o que sente, qual a sua experiência pessoal?

- (**Auto-Imagem**) Como as pessoas o vêem:

a) Como acha que as pessoas suas conhecidas (com quem não tem uma relação de proximidade) o vêem?

b) E as pessoas mais próximas de si: como o vê a sua família?

c) (outra vez) E as pessoas mais próximas de si: E os seus amigos?

d) E como se vê a si próprio? Como se descreve? Como se avalia em relação a si próprio, àquilo que o caracteriza?

**Anexo 6:** Questionário Sócio-Demográfico

a) Idade: _____

b) Raça: Caucasiana (branca)___ Negra___ Asiática___ Outra___

c) Estado civil: Casado(a)___ Divorciado(a)___ Separado(a)___ Solteiro(a)___ União de Facto___ Viúvo(a)___

d) Tem actualmente uma relação afectiva e/ou sexual: Sim___ Não___

e) N.º de filhos que tem: _____

f) Situação profissional: Activo(a)___ Reformado(a)___ Desempregado(a)___ Outra_____

i. Que profissão exerce/exerceu?

_____

g) Habilitações literárias: 4 anos de escolaridade ou menos___ 6 anos de escolaridade___ 9 anos___ 12 anos___ Bacharelato(3 anos/faculdade)___ Licenciatura(4 ou 5 anos/faculdade)___ Outro _____

h) Rendimento total anual bruto do agregado familiar: Até 10.000€___ De 10.001 a 20.000€ ___

De 20.001 a 37.500€___ De 37.501 a 70.000€___ Superior a 70.000€ ___

**Anexo 7:** Parecer da Comissão de Ética

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTA MARIA

Hospital Pulido Valente

**Presidente**

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

**Vice-Presidente**

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)

**Membros**

Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)
Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)
Dra. Elisa Pedro (CHLN)
Padre Fernando Sampaio (CHLN)
Dra. Graça Nogueira (CHLN)
Mestre Enfª. Isabel Côrte-Real (CHLN)
Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)
Prof. Doutor António Barbosa (FML)
Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)
Prof. Doutor João Lavinha (FML)
Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)
Prof. Doutor José Barata Moura (FML)
Profª. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exma. Senhora
Profª. Doutora Filipa Pimenta
Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde
ISPA – Instituto Universitário
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 LISBOA

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2013

Assunto: Projecto de Investigação "Weight loss during midlife: factors and pocesses asociated with successful weight loss and obesity, and the efficacy of a comunity-based intervention for weight loss, healthy nutrition and exercise with middle-aged women"

Relator – *Dr. Mário Miguel Rosa*

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião em 7 de Dezembro de 2011, parecer favorável da Comissão de Ética, tendo ficado aguardar confirmação da anuência da Directora do Serviço envolvido, actualmente sancionada.

Mais se informa que o referido estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

COMISSÃO DE ÉTICA CHLN/FML
Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes
Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 2

**Anexo 8:** Cálculo Kappa de Cohen

**Medidas Simétricas**

| | | Valor | Erro Padrão Assintótico[a] | T Aproximado[b] | Significância Aproximada |
|---|---|---|---|---|---|
| Medida de concordância | Kappa | ,258 | ,077 | 5,135 | ,000 |
| N de Casos Válidos | | 246 | | | |

a. Não considerando a hipótese nula.

b. Uso de erro padrão assintótico considerando a hipótese nula.

**Anexo 9:** Teste Qui-quadrado - Satisfação Imagem Corporal e Consequências Positivas Sexuais

**Tabulação cruzada Presença_Ausência_Conseq_Pos_Sexual_Geral * Presença_Ausência_Conseq_Pos_ImagCorpPos_Satisfação**

Contagem

| | | Presença_Ausência_Conseq_Pos_ImagCorpPos_Satisfação | | Total |
|---|---|---|---|---|
| | | Presença | Ausência | |
| Presença_Ausência_Conseq_Pos_Sexual_Geral | Presença | 5 | 12 | 17 |
| | Ausência | 8 | 15 | 23 |
| Total | | 13 | 27 | 40 |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | ,129[a] | 1 | ,720 | | |
| Correção de continuidade[b] | ,000 | 1 | ,986 | | |
| Razão de verossimilhança | ,129 | 1 | ,719 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | 1,000 | ,496 |
| Associação Linear por Linear | ,125 | 1 | ,723 | | |
| N de Casos Válidos | 40 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,53.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Anexo 10:** Teste Qui-quadrado -Suporte Social Informal (Consequência Positiva) e Autoestima (Consequência Positiva)

**Tabulação cruzada Presença_Ausência_Conseq_Pos_SuporteSocial_Geral * Presença_Ausência_Conseq_Pos_AutoEstima**

Contagem

| | | Presença_Ausência_Conseq_Pos_AutoEstima | | Total |
|---|---|---|---|---|
| | | Presença | Ausência | |
| Presença_Ausência_Conseq_Pos_Suporte Social_Geral | Presença | 11 | 8 | 19 |
| | Ausência | 12 | 9 | 21 |
| Total | | 23 | 17 | 40 |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | ,002[a] | 1 | ,962 | | |
| Correção de continuidade[b] | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razão de verossimilhança | ,002 | 1 | ,962 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | 1,000 | ,607 |
| Associação Linear por Linear | ,002 | 1 | ,962 | | |
| N de Casos Válidos | 40 | | | | |

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,08.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Anexo 11**: Teste Qui-quadrado - Sexo e Consequências Negativas (total)

**Tabulação cruzada Sexo * Presença_Ausência_AutoConc_Neg_GERAL**

Contagem

| | | Presença_Ausência_AutoConc_Neg_GERAL | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Presença | Ausência | Total |
| Sexo | Feminino | 9 | 19 | 28 |
| | Masculino | 4 | 8 | 12 |
| Total | | 13 | 27 | 40 |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | ,005[a] | 1 | ,941 | | |
| Correção de continuidade[b] | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razão de verossimilhança | ,005 | 1 | ,941 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | 1,000 | ,609 |
| Associação Linear por Linear | ,005 | 1 | ,942 | | |
| N de Casos Válidos | 40 | | | | |

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,90.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Anexo 12:** Teste Qui-quadrado - Autoestima (Autoconceito Espontâneo Positivo) e Imagem Corporal (Autoconceito Espontâneo Positivo)

**Tabulação cruzada Presença_Ausência_Autoconc_ImagemCorp_Pos_TOTAL * Presença_Ausência_AutoConc_AutoEst**

Contagem

| | | Presença_Ausência_AutoConc_AutoEst | | Total |
|---|---|---|---|---|
| | | Presença | Ausência | |
| Presença_Ausência_Autoconc_ImagemCorp_Pos_TOTAL | Presença | 9 | 23 | 32 |
| | Ausência | 2 | 6 | 8 |
| Total | | 11 | 29 | 40 |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | ,031[a] | 1 | ,859 | | |
| Correção de continuidade[b] | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razão de verossimilhança | ,032 | 1 | ,858 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | 1,000 | ,619 |
| Associação Linear por Linear | ,031 | 1 | ,861 | | |
| N de Casos Válidos | 40 | | | | |

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,20.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Anexo 13:** Teste Qui-quadrado - Autoconceito Espontâneo Negativo e Consequências Negativas (total)

**Tabulação cruzada Presença_Ausência_AutoConc_Neg_GERAL * Presença_Ausência_Conseq_Neg_GERAL**

Contagem

| | | Presença_Ausência_Conseq_Neg_GERAL | | Total |
|---|---|---|---|---|
| | | Presença | Ausência | |
| Presença_Ausência_AutoConc_Neg_GERAL | Presença | 7 | 6 | 13 |
| | Ausência | 6 | 21 | 27 |
| Total | | 13 | 27 | 40 |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | 4,000[a] | 1 | ,045 | | |
| Correção de continuidade[b] | 2,689 | 1 | ,101 | | |
| Razão de verossimilhança | 3,898 | 1 | ,048 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,072 | ,052 |
| Associação Linear por Linear | 3,900 | 1 | ,048 | | |
| N de Casos Válidos | 40 | | | | |

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,23.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Anexo 14:** Teste Qui-quadrado - Sexo e Autoconceito Espontâneo Negativo (total)

**Tabulação cruzada Sexo * Presença_Ausência_AutoConc_Neg_GERAL**

Contagem

| | | Presença_Ausência_AutoConc_Neg_GERAL | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Presença | Ausência | Total |
| Sexo | Feminino | 9 | 19 | 28 |
| | Masculino | 4 | 8 | 12 |
| Total | | 13 | 27 | 40 |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | ,005[a] | 1 | ,941 | | |
| Correção de continuidade[b] | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razão de verossimilhança | ,005 | 1 | ,941 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | 1,000 | ,609 |
| Associação Linear por Linear | ,005 | 1 | ,942 | | |
| N de Casos Válidos | 40 | | | | |

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,90.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Anexo 15:** Resumo Publicado na *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 2018, 18 (Suplemento)

# CONSEQUÊNCIAS E AUTOCONCEITO: PROMOTORES E BARREIRAS DE UMA PERDA DE PESO BEM-SUCEDIDA

Cátia Damião (cvdamiao@gmail.com)[1], Filipa Pimenta (filipa_pimenta@ispa.pt)[1,2], & Isabel Leal) (ileal@ispa.pt)[1,2]

[1]ISPA – Instituto Universitário; [2]William James Center forResearch

**Introdução:** Os estudos qualitativos realizados na área da perda de peso são ainda reduzidos, sendo a grande maioria realizados com amostras femininas. Os objetivos deste estudo são explorar, qualitativamente, as consequências positivas e negativas e o autoconceito de indivíduos que fizeram uma perda de peso bem-sucedida. **Método:** A amostra é composta por 40 adultos (12 homens e 28 mulheres) que perderam mais de 9% do seu peso e mantiveram-no, no mínimo, por 12 meses. A análise qualitativa foi feita com recurso a duas técnicas (Análise de Conteúdo e Análise Temática). No final tanto as frequências das consequências percebidas, como do autoconceito, foram contabilizadas. **Resultados**: Algumas das consequências positivas identificadas mais frequentemente pelos participantes foram o aumento da autoestima e a melhoria na mobilidade; as consequências negativas foram a recusa de convites para jantar e a identificação (por parte dos outros) como doença; e autoconceito foram a imagem corporal positiva e a autoconfiança. Quanto ao autoconceito as características mais identificadas foram **Discussão**: Verifica-se que, tanto as consequências positivas como aspetos positivos do autoconceito tiveram uma expressão mais significativa do que as consequências e autoconceito negativos, o que pode ser um fator promotor da manutenção de uma perda de peso bem-sucedida. Destaca-se a natureza multifatorial das categorias encontradas (e.g. pessoal; social; profissional).

**Anexo 16:** Poster apresentado no 12º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde

**Damião, C**., Pimenta, F., & Leal, I. (2018, Janeiro). Consequências positivas e negativas de uma perda de peso bem-sucedida. Poster apresentado no 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa, Portugal.

**Anexo 17**: Artigo Publicado

Damião, C.**,** Pimenta, F., & Leal, I. (2018). Consequências Positivas e Negativas de uma Perda de Peso Bem-Sucedida. In *Atas 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa, ISPA-IU, 1º Volume* (pp. 191).

## CONSEQUÊNCIAS POSITIVAS E NEGATIVAS DE UMA PERDA DE PESO BEM-SUCEDIDA

Cátia Damião (cvdamiao@gmail.com)[1], Filipa Pimenta (filipa_pimenta@ispa.pt)[1,2], & Isabel Leal) (ileal@ispa.pt)[1,2]

[1]ISPA – Instituto Universitário; [2]William James Center forResearch

O excesso de peso e a obesidade atingiram proporções globais de preocupante dimensão (Berghöfer et al., 2008; James, 2008), sendo que em 2014, 39% dos adultos em todo o mundo tinham sobrepeso e 13% eram obesos (WHO, 2016).

Para muitas pessoas, a perda de peso é difícil de alcançar e, sobretudo, de manter (McMahon, Visram, & Connel, 2016). No entanto, a manutenção da perda de peso é imperativa para o tratamento bem-sucedido da obesidade (Karfopoulou, Mouliou, Koutras, & Yannakoulia, 2013). A definição de perda de peso bem-sucedida (PPBS) enfatiza não apenas a diminuição do peso, mas também as mudanças nos comportamentos relacionados com a alimentação, exercício físico e, no geral, saúde. O sucesso desta diminuição foi descrito por Wing e Hill (2001), como uma perda de peso intencional, igual ou superior a 7 por cento do peso inicial (Knowler et al., 2002) com um critério mínimo de manutenção de peso de 12 meses (Institute of Medicine - IOM, 1995). Ainda assim, apesar da dificuldade, há indivíduos que conseguem efetivar uma PPBS. Neste sentido, têm sido alguns os estudos que se têm focado em averiguar quais são as estratégias utilizadas por essas pessoas (Karfopoulou, Mouliou, Koutras, & Yannakoulia, 2013; Wing & Klem, 2002; Perri, 2002; Hartmann-Boyce, Boylan, Jebb, Fletcher & Aveyard, 2016; McMahon, Visram, & Connel, 2016), bem como mapeá-las com o fim último de criar programas de perda de peso mais eficazes.

Blaine et al. (2007) concluíram que o bem-estar psicossocial, autoestima, ansiedade e depressão, geralmente são melhorados no decorrer de um processo de perda de peso, bem como a insatisfação corporal (Guisado et al., 2002). As mudanças são principalmente explicadas por melhorias na saúde física (Swan-Kremeier, 2005), sendo que também poderão

ocorrer noutros domínios, como social, familiar, profissional e pessoal. No entanto, uma PPBS não está exclusivamente relacionada com consequências positivas. Gorin et al. (2007) descobriram que as mudanças relacionadas com a perda de peso, muitas vezes, não correspondem às expectativas, mesmo em indivíduos com uma perda média de 19% do peso corporal em 2 anos. O aumento de atenção indesejado por outros (Annis, Cash, & Hrabosky, 2004) ou alterações corporais indesejáveis (Sarwer, Dilks, & Spitzer, 2011) são exemplos de consequências negativas. No entanto, as consequências percebidas, principalmente negativas, de uma perda de peso bem-sucedida têm recebido pouca atenção empírica (Alegría & Larsen, 2015, Sarwer et al., 2011).

Apesar do grande investimento na estruturação de programas de perda de peso e sua posterior manutenção com base nas estratégias a serem implementadas, existem outros fatores que poderão influenciar o (in)sucesso , como é o caso das consequências percecionadas desta mudança de peso. Desta forma, este estudo tem como objetivos: 1) explorar as consequências (positivas e negativas), em diversos domínios (e.g., pessoal, profissional, familiar), que adultos que fizeram uma PPBS associam ao processo.

## MÉTODO

A partir de uma amostra de conveniência, composta por indivíduos entrevistados num único momento, vão ser exploradas variáveis relacionadas com a perda de peso bem-sucedida. Tratando-se assim, de um estudo um estudo transversal, observacional e descritivo.

É ainda de realçar que o presente artigo trata resultados preliminares de um estudo em curso.

### *Participantes*

A amostra foi composta por de 6 indivíduos (3 do sexo masculino e 3 do sexo feminino), com idade média de 31,33 anos (*DP* =8,71 anos), percentagem média de peso perdido de 30,51 % (*DP* =10,62%) e índice de massa corporal (IMC) médio de 23,72 kg/m2 (*DP* = 0,46kg/m2).

Os critérios de inclusão foram: 1) ter idade igual ou superior a 18 anos; 2) alfabetização mínima e disponibilidade para responder a uma extensa entrevista gravada em áudio; 3) ter uma perda de peso igual ou superior 7% do peso corporal inicial; 4) mínimo de 12 meses de manutenção do peso perdido.

*Material*

Foram passados os questionários de triagem (e.g., peso antes de iniciar  a perda e peso no momento da avaliação, para o cálculo da percentagem de peso perdida); sociodemográfico (e.g., idade, sexo, habilitações literárias) e de saúde (e.g., estado de saúde IOM,, consumo de tabaco).

Para a realização da entrevista, foi construído um Guião, estruturado e com perguntas abertas, desenvolvido com base na literatura e na opinião de especialistas, apto para explorar domínios específicos e pertinentes no contexto da perda de peso. Para explorar os as consequências percecionadas pelos participantes, com relação à PPBS, as questões colocadas foram, como por exemplo, "Acha que a perda de peso significativa e a manutenção deste novo peso mais baixo tiveram alguma consequência negativa? Se sim, quais? Teve alguma consequência negativa a nível social/profissional/familiar/pessoal/sexual ou íntimo?"; 2) Consequências positivas percebidas: "Acha que a diminuição de peso e a manutenção deste novo peso mais baixo tiveram alguma consequência positivas? Se sim, quais? Teve alguma consequência negativa a nível social/profissional/familiar/pessoal/sexual ou íntimo?"

*Procedimento*

Os participantes foram selecionados a partir dos meios clínicos privados (clínica para o tratamento de obesidade; clínica de nutrição), hospitalar (departamento de endocrinologia de um hospital) e comunitário (organização comunitária para pessoas com obesidade) portugueses e também através de redes sociais para disseminação do projecto, nomeadamente, Facebook. Tratando-se como tal, de uma amostragem não probabilística de conveniência.

O estudo foi, numa primeira fase, apresentado aos Diretores (no caso das clínicas) e Comissão de Ética (contexto hospitalar), tendo sido posteriormente aprovado. Os potenciais participantes foram contactados em primeira instância pelos profissionais de saúde da instituição e, após a demonstração de interesse, foi estabelecido um contacto entre os mesmos e a equipa de investigação. Inicialmente foi conduzida uma breve avaliação para verificar se os participantes cumpriam os critérios de inclusão acima mencionados, seguindo-se a apresentação do consentimento informado, informando-os acerca do objetivo do estudo e das garantias de confidencialidade, bem como, um pedido escrito de autorização para gravação áudio da entrevista. As entrevistas decorreram na universidade onde o estudo foi realizado, ou no caso de o contexto de recolha ser clínico ou hospitalar, em salas à porta fechada, por psicólogos treinados num guião predefinido.

As entrevistas foram transcritas e analisadas, por parte de dois investigadores da área da psicologia, um aluno de mestrado e um professor especialista na área, através do método de análise de conteúdo (Bardin, 2011) e análise temática (Braun & Clarke, 2006), indutiva e dedutiva respetivamente. As análises temática e de conteúdo foram feitas da seguinte forma: 1) criação de categorias e subcategorias, associadas às categorias estabelecidas a priori (consequências positivas e negativas), consoante foram sendo lidas e analisadas as entrevistas; 2) as categorias/subcategorias emergiam do conteúdo e informadas pelos exemplos (conteúdo) associados às categorias; c) cada segmento das entrevistas foi codificado de acordo com as categorias emergentes; d) foram criadas novas categorias e subcategorias, que refletissem o conteúdo latente das afirmações, mas não se sobrepusessem às existentes e fossem homogéneas dentro da mesma categoria-mãe, de acordo com as regras de Bardin (2011).

## RESULTADOS

As categorias emergentes das consequências derivadas de uma PPBS encontram-se no quadro 1.

**Quadro 1.** Frequência e percentagem das consequências percebidas de uma PPBS

| *Categorias* | *Subcategoria* | *Frequência Subcategoria (n)* | *Percentagem Subcategoria (%)* |
|---|---|---|---|
| *Consequências Positivas* | Autoconfiança | 3 | 3.49 |
| | Autocontrolo | 1 | 1.16 |
| | Autoestima | 6 | 6.98 |
| | Bem-estar | 9 | 10.47 |
| | Cirurgia (Bons Resultados) | 1 | 1.16 |
| | Comentário Positivo | 14 | 16.28 |
| | Controlo Emocional | 1 | 1.16 |
| | Diminuição do Cansaço | 1 | 1.16 |
| | Extroversão | 3 | 3.49 |
| | Imagem Corporal Positiva | 9 | 10.47 |
| | Mobilidade | 1 | 1.16 |
| | Pessoal Sem Especificação | 1 | 1.16 |
| | Sociável | 1 | 1.16 |
| | Profissional Sem Especificação | 1 | 1.16 |
| | Rejuvenescimento | 1 | 1.16 |
| | Sem especificação | 2 | 2.33 |
| | Desejo Sexual | 1 | 1.16 |
| | Melhoria do Desempenho Sexual | 2 | 2.33 |
| | Sexual Sem Especificação | 1 | 1.16 |
| *Consequências Negativas* | Ciúmes | 2 | 2.33 |
| | Diminuição da Massa Muscular | 1 | 1.16 |
| | Doença | 1 | 1.16 |
| | Familiar - Incompreensão Mudança Alimentar | 2 | 2.33 |
| | Flacidez | 1 | 1.16 |
| | Frustração por Desaceleração da PP | 1 | 1.16 |
| | Recusa Convite para refeição | 2 | 2.33 |
| | Redução Ordenado pela prática de Exercício Físico | 1 | 1.16 |
| | Social Sem Especificação | 3 | 3.49 |
| *Ausência Consequências Positivas* | Familiar | 2 | 2.33 |
| | Profissional | 4 | 4.65 |
| | Social | 1 | 1.16 |
| *Ausência consequências Negativas* | Profissional | 2 | 2.33 |
| | Sem especificação | 3 | 3.49 |
| | Social | 1 | 1.16 |
| Total | - | 86 | 100 |

# DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo é explorar as consequências percebidas por adultos que realizaram uma perda de peso bem-sucedida, através do conteúdo e análise qualitativa de entrevistas.

Derivado da análise de frequências, realça-se o facto de serem referidas, em maior número, consequências positivas do que negativas, bem como uma maior diversidade de subcategorias. Tal poderá ser indicador de que um processo de perda de peso trás, na maioria das vezes, mais experiências positivas do que negativas, tendo impacto numa maior diversidade de domínios.

As várias subcategorias encontradas em relação às consequências positivas, prendem-se em grande número com aspetos psicológicos, destacando-se as subcategorias relacionadas com o aumento do bem-estar, da autoestima, da autoconfiança, da extroversão e de comentários positivos. Swencionis et al. (2013), sustentam que a mudança de peso está associada a mudanças positivas no bem-estar psicológico. Sugerem ainda que o sentimento de vitalidade é fundamental para a mudança de peso, sendo que o seu pode acrescer a capacidade de autocontrolo, formando um *loop* de feedback positivo para a perda de peso. As correlações da mudança de peso e as melhorias na vitalidade e no autocontrolo suportam este possível mecanismo (Swencionis et al, 2013).

A literatura indica igualmente que a insatisfação corporal e a imagem corporal melhoram mesmo com uma modesta perda de peso (Sarwer et al., 2011). Como consequência da perda de peso, o nível de energia, mobilidade, humor, autoconfiança e qualidade de vida geral também melhora (Wing & Hill, 2001). Mais ainda, Baldwin et al. (2009) apresentaram um estudo longitudinal que indicava que muitas consequências relacionadas à perda de peso, como atratividade percebida, níveis de autocontrole, feedback positivo (como elogios ou comentários positivos) estavam associados à satisfação das pessoas, independentemente do peso perdido.

Para além dos aspetos psicológicos encontram-se também subcategorias relacionadas com aspetos a nível físico, como a imagem corporal positiva e as melhorias a nível sexual. Foi demonstrado (Gilmartin, Long, & Soldin, 2014) que a mudança na imagem corporal dos participantes melhorou a sua perceção de bem-estar sexual e lhes permitiu ser mais ativos e dinâmicos em relacionamentos íntimos ou em atrair a atenção sexual, uma descoberta que é coerente com outros estudos. Por outro lado, num contexto de perda de peso extrema, é comum que os pacientes experimentem insatisfação corporal devido ao excesso de pele no

abdómen, braços, rosto e coxas (Swan-Kremeier, 2005). Kinzl, Traweger, Trefalt e Biebl, (2003) relataram que 70% dos seus participantes consideraram o excesso de pele como uma consequência negativa da perda de peso, uma vez que é causador de desconforto e dificuldade relativos à aparência.

Apesar do acima descrito ser confirmado pelos resultados do presente estudo, as consequências negativas percebidas mais frequentes prendem-se com aspetos do foro relacional, seja a nível social ou familiar. Tal vai ao encontro do que foi relatado num estudo de Hammarström, Wiklund, Lindahl, Larsson e Ahlgren (2014) sobre as barreiras e os promotores na perda de peso, em que é referido que barreiras de natureza social, incluindo a percepção de amigos ou familiares, são possíveis obstáculos ao alcance deste objetivo. Dado que uma parte significativa da socialização passa por atividades como tomar café ou fazer refeições conjuntas, manter hábitos de dieta saudáveis podem ser traduzidos em sentimentos de isolamento e medo de implementar novos comportamentos alimentares (Hammarström et al., 2014). Desta forma, os encontros com amigos, colegas de trabalho e familiares podem vir a transformar-se em problemas relacionais/sociais percebidos como uma barreira à perda de peso (Hammarström et al., 2014). Outra evidência empírica que também pode ser uma possível interpretação para os problemas relacionais como uma consequência negativa emergente da perda de peso bem-sucedida (e que vai ao encontro dos resultados do presente estudo) é o facto de haver pessoas que mencionam repercussões negativas, referindo o aumento da discórdia conjugal e do ciúme como efeitos negativos (Kinzl et al., 2003).

Como limitação deste estudo, destaca-se o tamanho da amostra que impossibilita uma generalização para a população, visto que se trata de um estudo que foca resultados preliminares de uma investigação em curso. Contudo, apesar do seu tamanho limitado, a natureza do estudo (qualitativa) e o recurso a uma amostra que compreende indivíduos de ambos os sexos constituem uma força no presente estudo.

## REFERÊNCIAS

Alegría, C. A., & Larsen, B. (2015). “That’s who I am: A fat person in thin body”: Weight loss negative self-evaluation, and mitigating strategies following weight loss surgery. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27*(3), 137-144.

Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly

overweight women: The role of stigmatizing experiences. Body Image: An International Journal of Research, 1, 155-167.

Baldwin, A. S., Rothman, A. J., & Jeffery, R. W. (2009). Satisfaction with weight loss: Examining the longitudinal covariation between people's weight-loss-related outcomes and experiences and their satisfaction. *Annual Behaviour Medicine, 38*(3), 213-224.

Berghöfer A., Pischon T., Reinhold T., Apovian C.M., Sharma A.M., Willich S.N (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health, 8*, 200. doi: 10.1186/1471-2458-8-200

Blaine, B. E., Rodman, J., & Newman, J. M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being: a review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology, 12*, 66-82.

Gilmartin, J., Long, A., & Soldin, M. (2013). Identity transformation and a changed lifestyle following dramatic weight loss and body-contouring surgery: An exploratory study. *Journal of Health Psychology, 0*(0), 1-10.

Gorin, A. A., Pinto, A. M., Tate, D. F., Raynor, H. A., Fava, J. L., & Wing, R. R. (2007). Failure to meet weight loss expectations does not impact maintenance in successful weight losers. *Obesity, 15*(12), 3086-3090.

Guisado, M. J. A., Vaz, F. J., Alarcón, J., Béjar, A., Casado, M. J., & Rubio, M. A. (2002). Psicopatologia en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana de Endocrinologia, 13*(1), 29-34.

Hammarström, A., Wiklund, A. F., Lindahl, B., Larsson, C., & Ahlgren, C. (2014). Experiences of barriers and facilitators to weight-loss in a diet intervention – a qualitative study of women in Northern Sweden. *BioMed Central Women's Health, 14*(1).

Hartmann-Boyce, J., Boylan, A.M., Jebb, S.A, Fletcher, B., & Aveyard, P. (2016). Cognitive and behavioural strategies for self-directed weight loss: systematic review of qualitative studies. *Obesity Reviews,* 1-15. doi: 10.1111/obr.12500

Institute of Medicine. (1995). Weighing the options: *Criteria for evaluating weight management programs*. Washington, DC: Government Printing Office

James, W.P. (2008). WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity*. *32*(7), 120–126.

Karfopoulou, E., Mouliou, K., Koutras, Y., & Yannakoulia, M. (2013). Behaviours associated with weight loss maintenance and regaining in a Mediterranean population sample. A qualitative study. *Clinical Obesity, 3,* 141-149. doi: 10.1111/cob.12028.

Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., & Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery, 13,* 105 110.

Knowler, W. C., Barrett-Conner, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., Nathan, D. M. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine, 346,* 393-403.

McMahon N.E., Visram, S., & Connel, L.A. (2016). Mechanisms of change of a novel weight loss programme provided by a third sector organisation: a qualitative interview study. *BMC Public Health, 16,* 378. doi:10.1186/s12889-016-3063-4.

Perry, M. G. (2002). Improving maintenance in behavioral treatment. In Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.), Eating disorders and obesity (2º ed.) (pp. 593-598). New York: The Guilford Press.

Sarwer, D. B., Dilks, R. J., & Spitzer, J. C. (2011). Weight loss and changes in body image. In T. F. Cash, & L. Smolak (2nd Ed.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 369-377). New York: The Guilford Press.

Swan-Kremier, L. A. (2005). Psychosocial outcomes of bariatric surgery. In J. Mitchell and M. de Zwaan (eds). *Bariatric Surgery: A Guide for Mental Health Professionals.* New York: Routledge

Swencionis, C., Wylie-Rosett, J., , Lent, M., R., Ginsberg,M., Miny Cimino, Christopher, Wassertheil-Smoller, Sylvia, Caban, Arlene, Segal-Isaacson, & Carol-Jane. (2013). Weight Change, Psychological Well-Being, and Vitality in Adults Participating in a Cognitive–Behavioral Weight Loss Program. Health Psychology, 32(4), 439-446.

Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition, 21(*1), 323-341.

Wing, R. R., & Klem, M. (2002). Characteristics of successful weight mainteiners. In Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.), *Eating disorders and obesity (2º ed.)* (pp. 588-592). New York: The Guilford Press

World Health Organisation (2016). Obesity and overweight. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/. Acedido a 07 de Outubro de 2017.

**Anexo 18:** Resumo 4º Congresso Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018

Cátia Damião (cvdamiao@gmail.com)[1], Filipa Pimenta (filipa_pimenta@ispa.pt)[1,2], & Isabel Leal) (ileal@ispa.pt)[1,2]

[1]ISPA – Instituto Universitário; [2]William James Center forResearch

# CONSEQUÊNCIAS E AUTOCONCEITO: PROMOTORES E BARREIRAS DE UMA PERDA DE PESO BEM-SUCEDIDA

**Resumo:** Introdução: Os estudos qualitativos realizados na área da perda de peso são ainda reduzidos, sendo a grande maioria realizados com amostras femininas. Os objetivos deste estudo são explorar, qualitativamente, as consequências positivas e negativas e o autoconceito de indivíduos que fizeram uma perda de peso bem-sucedida. Método: A amostra é composta por 40 adultos (12 homens e 28 mulheres) que perderam mais de 9% do seu peso e mantiveram-no, no mínimo, por 12 meses. A análise qualitativa foi feita com recurso a duas técnicas (Análise de Conteúdo e Análise Temática). No final tanto as frequências das consequências percebidas, como do autoconceito, foram contabilizadas. Resultados: Algumas das consequências positivas identificadas mais frequentemente pelos participantes foram o aumento da autoestima e a melhoria na mobilidade; as consequências negativas foram a recusa de convites para jantar e a identificação (por parte dos outros) como doença. Quanto ao autoconceito as características mais identificadas foram a imagem corporal positiva e a autoconfiança; contudo, emergiram igualmente algumas características negativas (e.g., preguiçoso e gordo). Discussão: Verifica-se que, tanto as consequências positivas como aspetos positivos do autoconceito tiveram uma expressão mais significativa do que as consequências e características de autoconceito negativas, o que pode ser um fator promotor da manutenção de uma perda de peso bem-sucedida. Destaca-se a natureza multifatorial das categorias encontradas (e.g. pessoal; social; profissional).
*Palavras-chave:* Consequências, autoconceito, perda de peso.

**Anexo 19:** Apresentação Comunicação Oral

Damião, C., Pimenta, F., & Leal, I. (2018, Setembro). Consequências e autoconceito: promotores e barreiras de uma perda de peso bem-sucedida. Apresentação Oral em 4º Congresso Ordem dos Psicólogos Portugueses. Braga, Portugal.