



ISPA

Insatisfação Corporal e Comportamentos Bulímicos
em Homens que
Perderam Peso com Sucesso

Filipa Rocha Coelho de Sousa

Orientador de Dissertação
Professora Doutora Filipa Pimenta

Coordenador de Seminário de Dissertação
Professora Doutora Cláudia Carvalho

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Saúde

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação
de Prof. Doutora Filipa Pimenta, apresentada no
ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau
de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde

Agradecimentos

Este é um espaço onde se verifica que, de facto, nada se faz sem interacção e ninguém consegue viver numa postura isolada e centrada sobre si. Acredito que o que mais importa são as pessoas e a relação que se estabelece com elas.

Assim, agradeço à Professora Doutora Cláudia Carvalho pelos conselhos e por ter possibilitado a elaboração deste trabalho, e à Professora Doutora Filipa Pimenta que me acompanhou, ajudou e, sem dúvida, também se empenhou na construção do mesmo e que muito me ensinou no decorrer deste ano lectivo.

Agradeço também à Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas pelo acolhimento, ajuda e partilha de experiências e aos restantes profissionais que me acompanharam este ano, nomeadamente, Professora Doutora Ivone Patrão, Dra. Alda Agostinho e Equipa. São um exemplo para mim.

Agradeço a ajuda da Professora Doutora Isabel do Carmo, Dra. Teresa de Herédia e Clínica CITRO que abriram as portas e possibilitaram a recolha de uma amostra difícil e preciosa, e aos respectivos participantes que se voluntariaram a integrar o estudo.

Não poderia deixar de agradecer aos meus Pais pelo apoio incondicional e valores que me transmitem; agradeço ao Miguel pela partilha da sua paciência, sensatez e sabedoria em tudo o que me ajudou e transmitiu; agradeço ao Luís por ser uma verdadeira referência de profissionalismo e assertividade; agradeço à Stella e Catarina pela amizade indescritível. Agradeço a todos os meus verdadeiros amigos pela sua amizade, presença, honestidade e frontalidade.

Também deixo um especial agradecimento a todos os que passaram pela minha vida pessoal e académica e que, de uma forma ou de outra, fizeram com que me tornasse naquilo que hoje eu sou e de que me orgulho.

Por último, mas não menos importante, agradeço-me por nunca ter desistido.

“C’est le temps que tu as perdu pour ta rose qui fait ta rose si importante”
Antoine de Saint-Exupéry

Resumo

A população masculina tem sido pouco estudada em relação às perturbações alimentares e perda de peso (Reyes-Rodríguez et al., 2011). Este estudo teve como objectivo avaliar a insatisfação corporal (IC) e comportamentos bulímicos (CB) em homens que perderam peso com sucesso (pelo menos 6% do peso corporal), com recurso às sub-escalas do Eating Disorders Inventory (EDI) (Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001). Pretendeu-se também explorar possíveis associações entre perda de peso bem-sucedida com as variáveis sócio-demográficas idade, habilitações literárias e estado civil. Inquiriram-se 30 participantes do sexo masculino caucasianos com idades compreendidas entre os 21 e os 66 anos ($M=40.57$; $DP=12.629$). A amostra foi recolhida em contexto clínico, hospitalar e comunitário. Concluiu-se que as variáveis psicológicas não se encontram relacionadas com o número de quilos perdidos (IC: $r=.08$; $p=.668$; CB: $r=-.302$; $p=.104$) sugerindo que, os indivíduos não se encontram insatisfeitos com o seu corpo e que a frequência de comportamentos bulímicos é baixa. O número de quilos perdidos não divergiu significativamente quanto à idade ($r=-.07$; $p=.733$) habilitações literárias ($F(2, 24)=2.74$; $p=.085$) e estado civil ($t(28)=-1.59$; $p=.124$). Estes resultados são discutidos à luz das limitações metodológicas do estudo.

Palavras-Chave: perda de peso, insatisfação corporal, comportamentos bulímicos

Abstract

The male population has been poorly studied regarding eating disorders and weight loss (Reyes-Rodríguez et al., 2011). The purpose of this study was to assess body dissatisfaction (BD) and bulimics behaviors (BB) in men who have lost weight successfully (at least 6% of corporal weight) using the sub-scales of the Eating Disorders Inventory (EDI) (Machado, Gonçalves, Martinez, & Smith, 2001). Also it was intended inquire potential relationship between weight loss (lost kilos number) with factors such as age, marital status and educational attainment (Socio-Demographic Questionnaire). A sample of 30 caucasian men was collected with aged between 21 and 66 ($M=40.57$; $SD=12.629$) through clinical, hospital and community contexts. Results showed that psychological variables are not related to the successful weight loss (BD: $r=.08$, $p=.668$; BB: $r= -0.30$, $p=.104$) suggesting that the individuals were not dissatisfied with their body and the bulimics behaviors frequency was low. The lost kilos number did not differed significantly between participants with different educational attainment ($F(2, 24)=2.74$; $p=.085$); moreover, as expected, the variables age ($r=-.07$; $p=.733$) and marital status ($t(28)=-1.59$; $p=.124$) do not influence it negatively. These results are discussed in the light of the methodological limitations of this study.

Key-words: weight loss, body dissatisfaction, bulimics behavior

Índice

1 – Introdução	1
2 – Método	11
3 – Resultados	15
4 – Discussão	17
5 – Referências	23
6 – Anexos	37
Anexo A: Outputs	39
Anexo B: Eating Disorders Inventory (EDI)	57
Anexo C: Questionário Sócio-Demográfico	63
Anexo D: Triagem (Questionário relacionado com o peso perdido)	67
Anexo E: Consentimento Informado	71

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Frequência e Percentagem da variável Local de Recolha da Amostra	13
Tabela 2 – Frequência e Percentagem de variáveis Sócio-Demográficas	14
Tabela 3 - Estatística descritiva relacionada com as variáveis psicológicas	15

1 – Introdução

A obesidade e a perda de peso são assuntos actuais e importantes. A primeira é considerada a epidemia do século XXI pela sua presença e consequências sociais e de saúde que representa (Nawaz & Katz, 2001; WHO, 1998). Apesar de ser uma doença crónica difícil de controlar, inúmeros estudos actuais apresentam dados que demonstram a eficácia de intervenções de perda de peso em mulheres e homens (Anderson, Grant, Gotthelf, & Stilfer, 2007; Crawford, Jeffery, & French, 2000). Assim, a perda de peso é recomendada como uma componente clínica importante e, quando bem-sucedida, representa o caminho para a resolução desta epidemia (Silva et al., 2008).

A obesidade é definida como uma “situação resultante de um excesso de reservas lipídicas armazenadas no tecido adiposo do indivíduo” (Carmo, 2001, p.59) e desvio de bom estado nutricional (Berkow, Beers, & Fletcher, 1997; Fisberg, 1993; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997; Santoro, 1996). Trata-se de uma doença do comportamento alimentar, complexa, crónica, de etiologia multifactorial, que se desenvolve em virtude da concorrência de factores genéticos, ambientais e comportamentais (Pérez & Albala, 2000).

A genética parece ser importante, mas não é suficiente nem determinante no futuro do indivíduo. É preciso que se alie aos maus hábitos alimentares que se desenvolvem no ambiente onde vive (Kreiser, 1978; Martins, 1993). Segundo Duvigneaud et al. (2007), como consequência a alterações do ambiente e do estilo de vida, têm-se assistido a um aumento considerável da taxa de prevalência desta epidemia, em indivíduos geneticamente estáveis.

Segundo Galvão-Teles (1993), não há obesidade mas sim obesidades. Do ponto de vista clínico, trata-se de uma situação muito heterogénea em termos de anamnese, grau, morfologia, quadro bioquímico e doenças associadas (Raison, Basdevant, & Guy-Grand, 1987).

A prevalência da obesidade tem vindo a aumentar em alguns países desenvolvidos desde as últimas décadas do século XX (Berkow et al., 1997; WHO 2011a). Quanto ao seu impacto a nível mundial, estimou-se que, em 2008, 1,5 biliões de pessoas a partir dos 20 anos tinham excesso de peso, e mais de 200 milhões de homens e 300 milhões de mulheres eram obesos (WHO, 2012). No ano de 2008, em Portugal, estimou-se que 59,1% da população (61,8%, homens; 56,6%, mulheres) tinha excesso de peso e 24% (21,6%, homens; 26,3%, mulheres) era obesa, donde que se está a assistir a uma sobrealimentação ao mesmo tempo que se fala da sub-nutrição dos países sub-desenvolvidos (WHO, 2011b).

Durante muitas gerações, a dieta da população era rica em fibras, minerais e outros nutrientes essenciais. Bebidas alcoólicas deveriam ser consumidas raramente. Contudo, mais recentemente, muitos alimentos foram sendo substituídos por outros de alto valor calórico e baixo valor nutritivo. Este mau hábito alimentar associado ao aumento do sedentarismo resulta na diminuição do gasto energético, o que contribui para o excesso de peso, doenças vasculares e doenças metabólicas (Cordás, 2005; Savi, Salles, Zeni, & Fiates, 2000).

Foram desenvolvidas formas práticas para verificar a obesidade como, por exemplo, a medida do peso corporal, a avaliação do peso relativo, a medida do perímetro abdominal (nos homens, maior que 102 cm e, nas mulheres, maior que 88 cm) e o cálculo do índice de massa corporal (IMC) ou índice de Quelet. Os métodos mais utilizados são estes dois últimos pois são de fácil implementação e possuem um bom valor diagnóstico (Nunes, Apolinário, Galvão, & Coutinho, 2006; Schneider et al., 2010).

Nos homens, a medida de cintura maior que 94 cm revela risco para a saúde e superior a 102 cm traduz-se em alto risco; nas mulheres os valores são 80 e 88 cm, respectivamente (Cordás, 2005).

O IMC calcula-se dividindo o peso (Kg) pelo quadrado da altura (m) [IMC=Peso/Altura²]. O valor normal de IMC situa-se entre 18,5 e 24,9 Kg/m² (peso normal). Existe excesso de peso quando o resultado do cálculo está entre 25 e 29,9 kg/m², obesidade quando está entre 30 e 39,9 kg/m² e obesidade mórbida quando é maior ou igual a 40 kg/m² (WHO, 2011c).

Crawford et al. (2000) utilizaram, em relação ao peso, dados objectivos, ao contrário do que é habitual (dados reportados pelos participantes). Assim sendo, a taxa de sucesso que se observou foi menor.

No estudo de Santos, Carmo, Camolas, & Vieira (2009), concluiu-se que a informação auto-relatada na avaliação do IMC da população adulta portuguesa não comporta, para cada um dos indicadores, e em termos médios, um erro de medição muito acentuado.

Esta doença traz consequências desfavoráveis ao nível físico, social e emocional. A obesidade está associada às doenças cardiovasculares, Diabetes, traumatismo das articulações, cancro, Hipertensão arterial e mortalidade. A localização do excesso de peso na parte superior do abdómen é mais prejudicial para a saúde do que na sua parte inferior (Odgen, 1999).

No que concerne aos factores que estão associados a esta doença, Crawford et al. (2000) demonstram que a obesidade e a recuperação do peso perdido são mais frequentes em mulheres com estatuto socioeconómico baixo.

Carmo et al. (2007) e Duvigneaud et al. (2007) apontam para uma maior probabilidade de manifestação de excesso de peso em indivíduos com menos habilitações literárias.

Graham e Felton (2005) concluíram que, numa amostra profissionalmente activa, existe uma maior incidência de obesidade em indivíduos com estatuto socioeconómico baixo e que o estigma é maior naqueles que têm um estatuto socioeconómico superior.

Fenómenos como a estigmatização, baixa auto-estima, solidão, depressão e ansiedade são comuns em indivíduos obesos. Segundo Savi et al. (2000), a observação clínica demonstra a relação íntima entre o contexto emocional de um indivíduo e a sua relação com os alimentos. Ou seja, as emoções de cariz depressivo ou ansioso resultam em ganho ou perda de peso.

Assim, para além de uma intervenção a nível físico (endocrinologia, nutricionismo) (Savi et al., 2000), a intervenção psicológica torna-se indispensável visto que uns indivíduos afirmam que o seu comportamento impulsivo para comer é desencadeado por alterações de humor, e outros referem que os sentimentos de tensão são aliviados após a ingestão de alimentos (Gwirtsman, Roy-Byrne, Lerner, & Yager, 1984; Raffin, 2002).

Perda de Peso Bem-Sucedida no Sexo Masculino

A perda de peso, quando bem-sucedida, traz benefícios para a saúde (Hankey, Leslie & Lean, 2002). Wing e Hill (2001) propuseram definir perda de peso bem-sucedida como uma diminuição de, no mínimo, 10% do peso inicial, feita de forma intencional e mantida, pelo menos, durante um ano. Os autores acreditam que aqueles que procuram manter o seu novo peso mais baixo o conseguem fazer durante dois a cinco anos, as possibilidades de sucesso aumentam.

Outras fontes (Anderson & Konz, 2001; Goldenstein, 1992; Vidal, 2002) preconizam uma perda de peso entre 5 a 10% porque a de 5% já tem um efeito benéfico nos factores de risco cardiovasculares associados à obesidade e, ainda, reduz o risco de Diabetes (Tuomilehto, et al., 2001).

Contudo, este valor-padrão não tem em conta a possibilidade de recuperar o peso após uma intervenção (Barte et al., 2010) em que uma percentagem de perda de peso maior está associada a uma percentagem de recuperação de peso superior (Weiss, Galuska, Kettel Khan, Gillespie & Serdula, 2007) sugerindo que, em média, os sujeitos que perdem mais peso mantêm menos peso. Assim, o objectivo de perder 10% pode traduzir-se em flutuações de

peso que podem originar efeitos adversos na saúde (física e mental) dos indivíduos (Barte et al., 2010; French & Jeffery, 1994).

Cada caso deve ser visto com minúcia quanto ao método utilizado para perder peso de forma bem-sucedida. Técnicos especializados devem trabalhar em Equipa (Endocrinologista, Nutricionista e Psicólogo). Quando há indicação médica e psicológica, poder-se-á realizar a cirurgia bariátrica (redução ou curto-circuito do estômago) que proporciona uma perda de cerca de 40% do peso, suaviza as comorbilidades associadas a esta doença e melhora a qualidade de vida (física, psicológica e social) (Benedetti, 2003; Zilberstein, 2002). A respeito deste método, a literatura refere que resulta na população com obesidade mórbida (Maggard, Shugarman, Suttorp, Maglione, Sugerman, & Livingstone, 2005; Pi-Sunyer, 1998; Powell, Calvin, & Calvin, 2007).

Apesar da evidência empírica actual (Anderson et al., 2007; Crawford et al., 2000), existe algum pessimismo relativamente ao grau de eficácia do tratamento da obesidade. Uma das opiniões frequentes é de que ninguém consegue perder peso com sucesso a longo prazo (Wing & Hill, 2001).

Na realidade, o acontecimento de fracasso na tentativa de manutenção da perda de peso bem-sucedida é frequente para a maioria das pessoas (Wing & Phelan, 2005) podendo-se optar pela integração num programa de manutenção ou num tratamento intermitente para facilitar o alcance dos objectivos pretendidos (Anderson et al., 2007).

Assim, há que compreender o que influencia as decisões iniciais para o cumprimento de uma manutenção e comportamento adequados que contribuem para a perda de peso bem-sucedida (Rothman, 2000). Essas decisões são distintas (porque cada sujeito é único) mas são guiadas, sobretudo, pela satisfação (Baldwin, Rothman, & Jeffery, 2009).

A forma como os indivíduos (em processo de perda de peso) lidam e enfrentam o fracasso (ou seja, o resultado que obtêm através do método que utilizam para perder peso) é dos indicadores mais profícuos para poder distinguir uma manutenção de perda de peso bem-sucedida de uma manutenção de perda de peso mal-sucedida (Dohm, Beattie, Aibel, & Striegel-Moore, 2001). Tal vai ao encontro da ideia de que as respostas activas de coping ajudam os indivíduos a lidar correctamente com a recuperação de peso indesejada (Grilo, Brownell, & Stunkard, 1993; Grilo, Shiffman, & Wing, 1993).

As competências de coping estão relacionadas com a auto-eficácia, constructo que reflecte “(...) as crenças, os julgamentos, as avaliações sobre o que o indivíduo pode realizar com as competências que possui (...)” (Pereira & Almeida, 2004, p.586). Num processo de perda de peso, procurar ajuda (não médica/técnica) nem sempre resulta em estratégias

eficazes de lidar com o acontecimento de fracasso na medida em que indica falta de auto-eficácia (Brand, Rothblum, & Solomon, 1992; Dohm et al., 2001; Rodin, Elias, Silberstein, & Wagner, 1988; Schreiber, Schauble, Epting, & Skovholt, 1979).

No estudo de Dohm et al. (2001), os investigadores questionaram como é que os participantes reagiriam numa situação de fracasso propondo situações tais como: “lidar com isso como se fosse um pequeno percalço”; “recuperar e perder os quilos, de novo”; “sentir-me pessimamente, desistir da dieta e ganhar de novo o peso antigo”; “aumentar a frequência de exercício físico”; “começar a ingerir comida mais cuidadosamente”; “começar a saltar refeições ou estar um dia ou mais sem comer”; “pedir ajuda a um(a) amigo(a) ou familiar”; “começar um programa de perda de peso”. Estes itens faziam parte de três sub-escalas (Direct Coping, Help Seeking, e Skip Meals or Fast) da Escala Coping with Relapse e eram medidos numa escala de tipo Likert de cinco pontos em que 1 correspondia a “Nunca” e 5 correspondia a “Sempre”. Foram utilizadas duas amostras: uma de indivíduos que mantiveram o peso perdido (grupo 1) e outra de indivíduos que não mantiveram o peso perdido (grupo 2), ambas constituídas pelos dois sexos. Assistiram-se a diferenças significativas nas sub-escalas Direct Coping (grupo 1: $M=9.64$; $DP=2.48$; grupo 2: $M=6.47$; $DP=3.09$) e Help Seeking (grupo 1: $M=3.49$, $DP=1.65$; grupo 2: $M=4.04$; $DP=1.73$). Ou seja, os indivíduos que mantiveram o peso perdido (grupo 1) revelaram uma maior competência de coping que se reflecte numa menor frequência de necessidade de pedido de ajuda. Na sub-escala Skip Meals or Fast ambos os grupos não diferiram.

No que concerne aos motivos pelos quais as pessoas, especialmente os homens, tentam perder peso, a evidência empírica é limitada (Hankey et al., 2002; Timko, Perone & Crossfield, 2006).

Segundo Timko et al. (2006), a população masculina tende a implementar comportamentos saudáveis para perder peso (por exemplo, exercício físico) em detrimento de métodos não saudáveis (prejudiciais para a saúde). No estudo de Dohm et al. (2001), os homens recuperaram menos peso do que as mulheres, o que poderá explicar a razão pela qual os homens fazem menos dieta em relação às mulheres (Brand et al., 1992; Timko et al., 2006). Os que não mantinham a perda de peso efectuada pesavam consideravelmente mais do que aqueles que mantinham a perda de peso com sucesso (Dohm et al., 2001).

Uma explicação plausível para a diferenciação entre adopção de comportamentos de mudança para o controlo de peso em ambos os sexos é a influência dos factores externos (Carmo, 2001), nomeadamente, os media. Embora não atingível a todos, a publicidade e

artigos nas revistas femininas sempre se focaram mais nas dietas enquanto o exercício físico e musculação surge nas revistas masculinas (Andersen & DiDomenico, 1992).

A manutenção bem-sucedida de peso parece não estar associada com a idade, educação, estado civil e etnia, mas sim com alterações da actividade física e do número de refeições do tipo fast-food, consumidas entre o primeiro e terceiro ano de follow-up (Crawford et al., 2000; Kinzl, Schrattenecker, Traweger, Aigner, Fiala, & Biebl, 2007).

Por outro lado, Yannakoulia, Panagiotakos, Pitsavos, Skoumas e Stafanadis (2008) apontam o estado civil como um factor que influencia significativamente a saúde descobrindo que os padrões alimentares poderiam explicar as diferenças entre o estado civil e factores de risco cardiovasculares.

Os comportamentos de estilo de vida contribuidores para a manutenção de peso com sucesso e a longo termo são o exercício físico regular (Fogelhorn & Kukkonen-Harjula, 2000; Jakicic & Otto, 2005; Wing & Hill, 2001), consumo de baixa ingestão de gordura (Shick, Wing, Klem, McGuire, Hill & Guire, 1998) e alta ingestão de fibra (Howarth, Saltzman, & Roberts, 2001; Slavin, 2005), e consumo de fruta e vegetais (Rolls, Ello-Martin, & Tohill, 2004).

Welsh, Sherwood, VanWormer, Hotop, e Jeffery (2009) verificaram que os participantes que aumentaram a sua frequência de se pesarem obtiveram melhores resultados na perda de peso.

Em suma, o sucesso na perda de peso advém de diversos factores (Hankey et al., 2002) e é importante identificá-los para que se desenvolvam estratégias de combate à reincidência de excesso de peso e obesidade (Perri, Sears & Clark, 1993).

Insatisfação Corporal

A imagem corporal é a conceptualização do corpo, ou seja, é o significado mental do próprio corpo para o indivíduo e é estruturada através do contacto não consigo mesmo, como também com o mundo que o cerca (Schilder, 1935; Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999). A definição deste conceito também se pode fundamentar na existência de um paralelismo entre a maturação biológica e a constituição física (Capisano, 1992; Peres, Santos, & Kruschewsky, 2007) acompanhado da maturação psicológica.

De Panfilis, Rabbaglio, Rossi, Zita, & Maggini (2003) pretenderam avaliar a associação entre a distorção da imagem corporal e o vínculo parental, numa amostra feminina. Concluíram que a distorção da imagem corporal nas perturbações do comportamento alimentar pode ser conceptualizada como um défice no desenvolvimento, resultado de falhas nas interacções pais-criança (cuidadores pouco envolvidos).

Quando existe uma perda de peso tal pode não significar uma melhoria da imagem corporal (Thompson et al., 1999) assistindo-se, por vezes, a uma associação entre insatisfação corporal e flutuação de peso (Toray & Cooley, 1997). Também pode não significar algo que se deseje, havendo uma distinção entre perda de peso intencional e perda de peso não intencional (por exemplo, doenças) (Wannamethee, Shaper, Whincup, & Walker, 2000). Em suma, os sujeitos podem alterar (melhorar ou piorar) a forma como se sentem com o seu corpo, após uma perda de peso significativa.

Nas últimas décadas, tem-se verificado que os factores associados à imagem corporal masculina são importantes para esta população (Pope et al., 2000), mas seria desejável que existissem mais estudos acerca da percepção da imagem corporal e que se desenvolvessem escalas cada vez mais adequadas (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; Cohn & Adler, 1992; Davis, Shapiro, Elliot, & Dionne, 1993; Jacobi & Cash, 1994).

Alguns estudos sugerem que a modificação da imagem corporal masculina difere com a idade e os objectivos que lhe subjazem, nomeadamente, questões físicas (aumento de peso) e questões de saúde (diminuição de peso) (Hankey et al., 2002; Lynch & Zellner, 1999; Pope et al., 2000; Wannamethee et al., 2000). Nos mais jovens (entre os 18 e 29 anos), o factor principal era melhorar a performance; em homens entre os 30 e 40 anos a aparência física traduzia-se no factor de motivação principal para perder peso e entre os 41 e 55 anos tinham como principal objectivo melhorar a condição física de saúde (Hankey et al., 2002).

Drewnowski e Yee (1987) observaram que, numa amostra universitária masculina, o desejo para a mudança de peso não estava relacionado com fazer dieta. Assistiu-se, assim, a

uma grande distinção entre os que desejavam perder peso e os queriam ganhar peso; como era previsto, os jovens adultos que pretendiam perder peso tinham uma auto-percepção corporal negativa (consideravam ter excesso de peso e encontravam-se insatisfeitos com a forma do seu corpo).

A massa muscular é uma característica que influencia a satisfação corporal. Harvey e Robinson (2003) apontam para o facto de que os homens manifestavam insatisfação corporal por não terem massa muscular digna de um corpo escultural. Numa amostra de homens de três continentes diferentes observou-se que estes gostariam (e acreditavam que as mulheres também prefeririam) de ter um corpo com, pelo menos, mais 12 Kg de músculo do que aquele que possuíam. Em contrapartida, o sexo feminino indica preferir um corpo masculino vulgar, normal. Assim, parece existir uma discrepância entre a ideia de imagem corporal que os homens pensam que as mulheres apreciam e o que, na realidade, elas preferem (Pope et al., 2000). Tal resultado pode dever-se ao facto das sociedades ocidentais serem expostas a um ideal de magreza e musculatura quase escultural, imposta pelos media (Pope, Olivardia, Gruber, & Borowiecki, 1999; Steenhuis, Bos & Mayer, 2006; Weber, 2006).

A exposição ao ideal de magreza ou a outros factores pessoais e sociais (factores de predisposição individual e factores sociológicos) em indivíduos insatisfeitos com o seu corpo, pode determinar o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar ou comportamento alimentar inadequado (De Panfilis et al., 2003; Harvey & Robinson, 2003; Thompson et al., 1999; Timko et al., 2006). Assim, o estabelecimento de objectivos realistas no processo de perda de peso, tendo em conta as características individuais, torna-se indispensável (Palmeira et al., 2010).

As perturbações alimentares têm sido estereotipadas como um problema feminino levando a que a população masculina tenha ficado pouco estudada (Reyes-Rodríguez et al., 2011). Nos homens, elas foram relatadas pela primeira vez no século XVII (Reyes-Rodríguez et al., 2011) e, actualmente, a sua prevalência é entre 0,3 e 2,5%, dependendo da amostra e do critério utilizado através do DSM (Guidi, Pender, Hollon, Zisook, Schwartz, & Pedrelli, 2009; Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Woodside et al., 2001).

Comportamentos Bulímicos

A palavra bulimia deriva dos termos gregos *sous* que significa boi e *limos* que significa fome. Quando usados em conjunto expressam “fome de boi”, fome de “alguém que era capaz de comer um boi”, como se costuma dizer na língua portuguesa (Carmo, 2001, p.53).

A Bulimia Nervosa é caracterizada por apetite insaciável, súbito, onde cada episódio pode terminar com vômito induzido com o intuito de não engordar. É pouco frequente em indivíduos obesos (apenas 5%) (Fonseca, 1997).

Há que distinguir Bulimia Nervosa (BN) de Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC) a qual foi integrada provisoriamente no DSM-IV-TR (Almeida, 2002), pois necessita de ser estudada mais aprofundadamente. O critério fundamental da PIC é a ingestão incontrolada de grandes quantidades de comida. Pessoas obesas com PIC apresentam, essencialmente, os seguintes aspectos: obesidade mais grave, excesso de peso precoce, preocupação precoce e mais frequente com dietas, níveis mais graves de psicopatologia (depressão, abuso de substâncias, problemas emocionais e afectivos, e perturbações de personalidade).

Os comportamentos bulímicos, que se observam nos quadros de Bulimia Nervosa, podem ter na sua raiz o aumento do apetite que pode ser primário ou secundário. A primeira situação caracteriza-se pela ingestão de grande quantidade de alimentos em pouco tempo, sensação de não conseguir parar de comer e comportamentos compensadores que se destinam a perder peso (uso de laxantes, indução do vômito, exercício físico excessivo). A segunda caracteriza-se pelo aumento do apetite decorrente de psicopatologia como, por exemplo, estados ansiosos (efeito tranquilizante da ingestão de alimentos, designadamente nas exacerbações da BN), estados depressivos, estados maníacos, demências, debilidades mentais e efeitos secundários de medicamentos (anti-depressivos tricíclicos, por exemplo) (Teixeira, 2005a). Para esta e outras perturbações, as intervenções cognitivo-comportamentais breves têm demonstrado ser eficazes (Pimenta, Leal, Branco, & Marôco, 2009).

Embora se considere que a dieta aumenta o risco da patologia bulímica (Guidi et al., 2009), Presnell e Stice (2003) observaram que mulheres não obesas, ao iniciaram uma dieta, diminuíram significativamente os sintomas bulímicos; ou seja, uma diminuição eficaz de ingestão de calorias parece reduzir os sintomas bulímicos. Ao invés, a imagem corporal que o próprio percebe pode, por vezes, estar distorcida em relação à realidade e, pacientes bulímicos, com história prévia de obesidade, continuam a ver-se como obesos (Ramirez & Rosen, 2001).

Sabe-se que os comportamentos bulímicos observam-se mais em mulheres do que em homens (Striegel-Moore & Franko, 2003; Turnbull, Freeman, Barry, & Annandale, 1987). Contudo, tal pode dever-se ao escasso número de estudos que abordam esta temática (Mond & Hay, 2007; Reyes-Rodríguez et al., 2011). É necessária mais investigação para perceber que factores influenciam o comportamento alimentar e imagem corporal em homens que perderam peso de forma bem-sucedida (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004).

Assim, e tendo em conta o supracitado, de seguida apresentam-se as questões delineadas que se pretenderam analisar com os dados recolhidos.

Q.1: Será que uma maior perda de peso se relaciona com uma menor insatisfação corporal em homens que perderam peso de forma bem-sucedida?

Q.2: Será que uma maior perda de peso se associa a uma menor frequência de comportamentos bulímicos em homens que perderam peso eficazmente?

Q.3: Será que a idade se associa negativamente ao número de quilos perdidos?

Q.4: Será que homens empregados (profissionalmente activos) manifestam um maior número de quilos perdidos em comparação com homens com outro estatuto profissional?

Q.5: Será que homens com menos habilitações literárias perdem menos quilos do que homens com mais habilitações literárias?

Q.6: Será que homens casados que perderam peso significativamente diferem no número de quilos perdidos dos homens com outro estado civil?

2 – Método

Participantes

A presente investigação contou com 30 participantes do sexo masculino, de raça caucasiana, com idades compreendidas entre os 21 e os 66 anos ($M=40.57$; $DP= 12.629$) que perderam pelo menos 6% do peso corporal e que mantiveram esse novo peso mais baixo por um período de, pelo menos, 12 meses (Anexo A).

Desenho de Investigação

Os dados sob estudo fazem parte de uma investigação mais abrangente sobre obesidade e perda de peso bem-sucedida, que está a ser desenvolvida na Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES), do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

A amostra em análise foi recolhida em contexto clínico, hospitalar e comunitário.

O desenho de investigação é observacional, descritivo-transversal, ou seja, a investigadora não interveio, apenas obteve os dados (num único momento) através de um questionário de auto-preenchimento; os resultados apenas descrevem a população em estudo (grupo único) (Pais-Ribeiro, 2010).

Instrumento

Para a realização deste estudo foi utilizada a versão validada para a população portuguesa do instrumento EDI (Eating Disorders Inventory) (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983; Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001) (Anexo B), uma escala de auto-relato que averigua as atitudes e os comportamentos relacionados com a ingestão de comida. É constituída por oito sub-escalas, nomeadamente,

Seleccionaram-se apenas os itens correspondentes às variáveis a serem estudadas: sub-escala Insatisfação Corporal (IC) (por exemplo, item 19, “Sinto-me satisfeito com a forma do meu corpo”) e a sub-escala Comportamentos Bulímicos (CB) (por exemplo, item 53, “Já pensei em vomitar para perder peso”) constituídas por 9 e 7 itens, respectivamente, perfazendo um total de 16 itens.

Os itens correspondentes à sub-escala IC são 2, 9, 12*, 19*, 31*, 45, 55*, 59, 62* e os itens correspondentes à sub-escala CB são 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61. É necessário proceder-se à inversão de itens apenas nos itens que estão assinalados com “*” (sub-escala IC).

A escala de resposta é de tipo Likert com 6 pontos (1 – Sempre, 2 – Frequentemente, 3 – Muitas vezes, 4 – Às vezes, 5 – Raramente, 6 - Nunca), sendo que quanto maior é o score total da sub-escala IC, menor é a insatisfação corporal e quanto maior é o score total da sub-escala CB, menor é a frequência de comportamentos bulímicos.

Segundo Machado et al. (2001), relativamente às características psicométricas, nomeadamente à consistência interna, a sub-escala Insatisfação Corporal e a sub-escala Comportamentos Bulímicos obtiveram um alpha de Cronbach igual a 0.81 e a 0.91, respectivamente.

Foi também utilizado um Questionário Sócio-Demográfico de auto-preenchimento e um Questionário relacionado com a perda de peso (triagem) preenchido pela investigadora com o objectivo de aceder a dados tais como idade, altura, peso inicial, número de quilos perdidos e quando é que correspondeu a 6% do seu peso corporal e, por fim, número de meses de manutenção do peso perdido (Anexo C e D).

Procedimento

Os dados foram recolhidos em meio hospitalar (Hospital de Santa Maria e Hospital de São Francisco Xavier, ambos em Lisboa), clínico (Consultório de Nutrição de Dra. Teresa de Herédia – TdH – e Consultório CITRO, ambos em Lisboa) e comunitário (Clientes da Naturhouse, Facebook/Divulgação por e-mail, Bola de Neve). Conforme se pode constatar observando a Tabela 1, a amostra foi recolhida maioritariamente no meio clínico (43.3%).

Tabela 1

Frequência e Percentagem da variável Local de Recolha da Amostra

	Frequência	%
Hospitalar		
Hospital de Santa Maria	1	3.3
Hospital São Francisco Xavier	5	16.7
Clínico		
Consultório Dra. Teresa de Herédia	12	40
Consultório CITRO	1	3.3
Comunitário		
Naturhouse	1	3.3
Facebook/Divulgação por e-mail	3	10
Bola de Neve	7	23.3

Antes de cada aplicação de questionários, os participantes foram seleccionados tendo em conta a percentagem de peso corporal perdido ($\geq 6\%$) e a sua manutenção (ou seja, se esta se mantinha há pelo menos 12 meses). Esta selecção foi feita por e-mail, presencialmente ou por telefone, não só nos casos seguidos em hospitais e clínicas que autorizassem os mesmos a dar a informação do seu contacto, como também para os que viram o estudo divulgado através de panfletos ou através de uma página criada no Facebook. Os participantes de contexto hospitalar foram seleccionados após a sua consulta médica/psicológica.

Num momento inicial, entregou-se aos participantes o Consentimento Informado (Anexo E). Após a sua leitura e esclarecimento de eventuais dúvidas associadas ao estudo, os participantes que aceitaram participar na investigação rubricaram a primeira e segunda páginas (sendo a primeira facultada ao próprio) e preencheram os 16 itens do instrumento EDI, bem como o Questionário Sócio-Demográfico, que continham as variáveis que este estudo se propôs estudar.

3 – Resultados

Dos participantes em estudo, 63.3% tem excesso de peso, 46.7% são solteiros, 80% encontram-se activos profissionalmente, 46.7% frequentaram o ensino superior ou mais e 30% têm um rendimento total anual bruto entre 10,001 e 20,000 € (Tabela 2; Anexo A).

Tabela 2

Frequência e Percentagem de Variáveis Sócio-Demográficas

Variáveis Sócio-Demográficas	Frequência	Percentagem
IMC		
Normal	5	16.7
Excesso de peso	19	63.3
Obesidade	3	10
Obesidade mórbida	3	10
Estado Civil		
Casado/União de facto	13	43.3
Solteiro	14	46.7
Divorciado	3	10
Situação Profissional		
Activo	24	80
Não Activo	5	16.7
Não respondeu	1	3.3
Habilitações Literárias		
9º Ano ou menos	5	20
12º Ano	7	23.3
Frequência Universitária	14	46.7
Não respondeu	3	10
Rendimento total anual bruto do agregado familiar		
10,000 € ou <	5	16.7
20,001 a 37,500€	6	20
37,501 a 70,000€	2	6.7
> 70,001€	6	20
Não respondeu	2	6.7

Relativamente às variáveis psicológicas acedidas através do Eating Disorders Inventory (EDI), na sub-escala insatisfação corporal (IC), que pode variar entre 1 e 54, obteve-se uma média de 37.47 ($DP=6.285$) e, na sub-escala comportamentos bulímicos (CB), cujo total pode variar entre 1 e 42, obteve-se uma média de 37.77 ($DP=3.148$), conforme se verifica na Tabela 3 (Anexo A).

Tabela 3

Estatística descritiva relacionada com as variáveis psicológicas

Sub-escalas EDI	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Insatisfação Corporal	30	37.47	6.285	28	50
Comportamentos Bulímicos	30	37.77	3.148	29	42

Contudo, para esta amostra, obtiveram-se alphas de Cronbach inaceitáveis para as duas sub-escalas em estudo (.427 e de .57, respectivamente – Anexo A), o que levanta algumas questões acerca da consistência interna deste instrumento, que serão discutidas mais adiante.

De seguida, apresentam-se os resultados que se obtiveram a fim de se esclarecer as questões de investigação propostas.

Para medir a intensidade e a direcção da associação de tipo linear entre as variáveis quantitativas (nomeadamente, peso perdido em relação à insatisfação corporal, aos comportamentos bulímicos e à idade) procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de Pearson através do software estatístico PASW Statistics v.19. Verificou-se que a insatisfação corporal não está associada de forma estatisticamente significativa ao número de quilos perdidos ($r=.08$; $p=.668$ $n=30$). Da mesma forma, o peso perdido não se manifestou significativamente relacionado com os comportamentos bulímicos ($r=-.30$; $p=.104$; $n=30$). A relação entre a idade e o número de quilos perdidos foi igualmente não significativa ($r=-.065$; $p=.733$; $n=30$) (Anexo A).

Pretendeu-se avaliar, igualmente, se homens empregados (profissionalmente activos) manifestam uma maior quantidade de peso perdido em comparação com homens com outro estatuto profissional (profissionalmente inactivos, nomeadamente, desempregados ou reformados). Contudo, pelo facto de haver uma grande disparidade entre as dimensões dos dois sub-grupos (profissionalmente activos: $n=24$; profissionalmente inactivos: $n=5$) não foi possível explorar esta questão.

Também se achou pertinente perceber se homens com menos formação académica perdem menos quilos do que homens com mais habilitações literárias. Embora o pressuposto da normalidade não se tenha verificado, as variâncias são homogéneas ($p > .05$). Assim sendo, a metodologia indicada é o teste ANOVA one-way tendo em conta que se pretende comparar duas ou mais médias populacionais a partir de duas ou mais amostras independentes (Marôco, 2010, p.221). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de habilitações literárias (9º Ano ou menos, 12º Ano, frequência universitária) em relação ao número de quilos perdidos ($F(2, 24) = 2.74; p = .085$) (Anexo A).

Por último, quis-se investigar se existem diferenças entre os três grupos de estado civil quanto ao peso perdido. Todavia, os grupos estavam desequilibrados (n casado/união de facto=13, n divorciado/separado=3, e n solteiro=14) tendo-se procedido a um reagrupamento: casado vs não casado. Para tal, a metodologia indicada é o Teste t-Student para amostras independentes, desde que se verifiquem os pressupostos da normalidade da distribuição da variável e de homogeneidade das variâncias. Embora não se tenha verificado o pressuposto da normalidade num dos grupos ($SW(13)_{\text{casado}} = .88; p = .07; SW(17)_{\text{não casado}} = .82; p = .003$), os testes paramétricos são robustos a esta violação desde que as variâncias sejam homogéneas (Marôco, 2010, p.203), o que se comprova, segundo o teste de Levéne realizado (baseado na mediana) ($p > .05$). Conclui-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos, ou seja, em relação ao peso perdido entre homens casados (casado/união de facto) e homens não casados (divorciado/separado, solteiro) ($t(28) = -1.59; p = .124$) (Anexo A).

4 – Discussão

Segundo a análise de resultados realizada, as variáveis psicológicas sob estudo (insatisfação corporal, IC, e comportamentos bulímicos, CB) não se relacionam com os quilos perdidos, no contexto de uma perda de peso bem-sucedida. De salientar que tal se pode dever ao facto da amostra ser bastante reduzida ($n=30$), e a fiabilidade das sub-escalas ser inaceitável (alpha de Cronbach IC=.427 e alpha de Cronbach CB=.570 – Anexo A).

Numa perspectiva psicopatológica, este resultado é positivo tendo em conta que há estudos que apontam para a co-existência de perturbação alimentar e percepção corporal enviesada (Olivardia, Pope, Mangweth, & Hudson, 1995). Outros autores referem que uma imagem corporal negativa se associa a perturbações alimentares (De Panfilis et al., 2003; Thompson et al., 1999). Embora não se tenha analisado a sua associação, verificou-se que nesta amostra em particular os participantes manifestavam uma baixa frequência de insatisfação corporal (IC: $M=37.47$; mínimo score possível=1; máximo score possível=50) assim como a uma baixa frequência de comportamentos bulímicos (CB: $M=37.77$; mínimo score possível=1; máximo score possível=42).

Durante a aplicação dos questionários, alguns participantes verbalizaram uma certa dificuldade em dar a sua opinião em relação aos itens apresentados pela sub-escala IC referentes a determinadas partes do seu corpo, como por exemplo ancas (item 45: “Penso que as minhas ancas são largas demais”) ou nádegas (item 59: “Acho que as minhas nádegas são grandes demais”). Tal pode indicar que, apesar de esta escala estar validada para uma amostra masculina (Machado et al., 2001), o constructo de insatisfação corporal, tal como averiguado pelo EDI, comporta-se de forma diferente nos homens, podendo indicar ainda que os aspectos corporais que se relacionam com a insatisfação corporal divergem entre sexos. Assim, seria pertinente aprofundar os esquemas cognitivos masculinos acerca da imagem corporal (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004) no sentido de identificar o significado de insatisfação corporal masculina (Teixeira, 2005b) e, ainda, desenvolver uma escala adequada à população masculina.

Tal como Presnell e Stice (2003), o presente estudo pode sugerir que uma perda de peso bem-sucedida (e resultante de uma dieta alimentar e/ou cirurgia e/ou exercício físico) não aumenta o risco de patologia bulímica, utilizando como indicador os comportamentos bulímicos. Isto porque, nesta amostra verificou-se que na sub-escala CB (em que quanto maior for o score total da sub-escala, menor é a frequência de comportamentos bulímicos) a

média da sub-escala foi alta ($M=37.77$; mínimo possível=1; máximo possível=42). Contudo, dado a inexistência de uma amostra representativa da população e inexistência da exploração da relação entre cada método específico de perda de peso utilizado pelos participantes (dieta vs. cirurgia vs. exercício) e a variável em causa, este resultado não pode ser generalizado. Em futuros estudos que pretendam avaliar a existência de comportamentos bulímicos nos participantes, dever-se-á verificar se está relacionada com o método que os indivíduos utilizaram, como por exemplo, cirurgia, mudança de comportamentos alimentares, exercício físico, entre outros.

Ainda em relação às duas variáveis psicológicas do presente estudo, importa salientar que adolescentes do sexo feminino evidenciaram uma grande tendência para insatisfação corporal (mas não para comportamentos bulímicos), em comparação com adolescentes do sexo masculino (Maude, Wertheim, Paxton, Gibbons, & Szukler, 1993). Esta questão deveria ser aprofundada para a população adolescente e adulta de ambos os sexos.

Como era esperado, os resultados também demonstraram a não associação do número de quilos perdidos com as variáveis socio-demográficas – idade, habilitações literárias e estado civil – o que pode indicar que, para esta amostra, estas três variáveis socio-demográficas não têm relação com o processo de perda de peso; isto vai ao encontro dos estudos que defendem que o essencial para uma perda de peso é a adopção de comportamentos saudáveis (actividade física, padrão alimentar) (Crawford et al., 2000; Kinzler et al., 2007; Silva et al., 2008). É ainda importante evidenciar que este resultado pode dever-se ao facto da amostra ser pequena ($n=30$) e heterogénea para as variáveis sócio-demográficas havendo, possivelmente, uma sub-representação de alguns grupos.

A literatura refere que os motivos que levam os homens a modificar o seu peso divergem consoante a idade do indivíduo. Homens mais velhos tendem a querer diminuir o peso por questões de saúde; homens mais novos poderão desejar um aumento de peso que seja indicador de um desenvolvimento de musculatura (Hankey et al., 2002; Lynch & Zellner, 1999; Pope et al., 2000; Wannamethee et al., 2000). Deste modo, os resultados deste estudo não foram conclusivos tendo em conta a grande variabilidade da idade (21 a 66 anos), traduzindo-se assim num grupo heterogéneo. Para além disto, a imagem corporal é estruturada não só a partir da relação que o indivíduo tem consigo mesmo, como também com o seu ambiente; pois é algo que se vai formando ao longo da vida, de acordo com a evolução da maturação biológica e física (Capisano, 1992; Peres et al., 2007). Como a imagem corporal é um constructo em mutação, a avaliação quantitativa (Eating Disorders Inventory - EDI) que

foi realizada neste estudo pôde limitar a apreciação da anterior realidade dos indivíduos sob estudo.

Tendo em conta que a imagem corporal varia com a (e com o sexo do indivíduo), a grande variabilidade da idade dos participantes em estudo pode ter contribuído para explicar a obtenção do valor de alpha de Cronbach ($=.427$) para a sub-escala IC. Assim, de futuro poderá ser importante averiguar, numa população homogénea, de que forma a variável idade influencia a modificação (diminuição ou aumento) do peso (Hankey et al., 2002; Lynch & Zellner, 1999; Pope et al., 2000; Wannamethee et al., 2000) e explorar se a idade influencia a manutenção do número de quilos perdidos (Crawford et al., 2000; Kinzl et al., 2007; Silva et al., 2008).

A literatura relacionada com o estado civil e perda de peso demonstra-se inconclusiva: se por um lado não se encontram associados (Crawford et al., 2000; Kinzl et al., 2007; Silva et al., 2008), o estado civil é apontado como um influenciador do estado de saúde (Yannakoulia et al., 2008).

Contudo, Kinzl et al. (2007) apontam para a existência de correlação entre perda de peso e relações sociais numa amostra de pacientes após cirurgia. Porém, na presente investigação, não se verificaram diferenças entre os dois estados (casado e não casado) da variável estado-civil estudada em relação ao peso perdido; poderia ser interessante estudar numa investigação futura o papel da presença ou ausência não só de relação afectivo-sexual como também de relações significativas em geral (suporte social) nos diferentes métodos de perda de peso (mudança de comportamentos alimentares, cirurgia, exercício físico, outros).

Limitações do estudo e sugestões para futuros estudos

Existem diversas limitações deste estudo que têm de ser apontadas. A primeira deve-se à amostra recolhida não ser representativa da população ($n=30$; amostra não probabilística, de conveniência), não tendo validade externa. Tal deveu-se a uma dificuldade em encontrar uma amostra masculina (ver, por exemplo, Wolfe & Smith, 2002) que cumprisse os critérios de inclusão que o estudo prevê.

A segunda limitação prende-se com o facto de se ter obtido uma fiabilidade inaceitável das sub-escalas insatisfação corporal e comportamentos bulímicos, ou seja, nas variáveis psicológicas em estudo. Assim, estas duas sub-escalas, em especial a subescala de insatisfação corporal, parecem não apresentar valores adequados de fiabilidade (apesar da amostra ser pequena), comprometendo o estudo dos constructos teóricos em questão.

A terceira limitação refere-se à aplicação de apenas duas das sub-escalas do EDI (IC e CB), alterando assim a forma de apresentação dos itens das mesmas (dado estes apresentarem-se mais próximos entre si e não intercalados por outros constructos); tal pode ter tido um impacto na maneira como os participantes responderam e, conseqüentemente, na fiabilidade das sub-escalas. Todavia, a aplicação total do EDI seria desajustada face às questões de investigação do presente estudo e iria sobrecarregar os indivíduos desnecessariamente; acrescenta-se ainda que esta medida permite a aplicação das suas sub-escalas de forma independente do instrumento completo, sendo este procedimento verificado quem estudos anteriores utilizaram sub-escalas do EDI desta forma (por exemplo, Vohs et al., 2001).

Por último, utilizar-se o número de quilos perdidos em valor absoluto e não em percentagem não possibilita uma avaliação correcta traduzindo-se na quarta limitação deste estudo.

Tendo em conta que partindo dos resultados obtidos se coloca a hipótese de que a insatisfação corporal é conceptualizada diferentemente para ambos os sexos e que para os comportamentos bulímicos, pode ser útil a realização de uma investigação quantitativa e qualitativa, propondo-se que se averigue qual a influência dos motivos (por exemplo, saúde, aparência física), da crença idealizada da opinião do outro e de certos comportamentos (por exemplo, comportamento alimentar) no processo de perda de peso, comparando ambos os sexos. A este propósito, destaca-se um estudo de Pope et al. (2000), no qual observou-se uma discrepância entre a ideia de imagem corporal que os homens pensam que as mulheres apreciam e a que, na realidade, elas preferem. Coloca-se a hipótese de que a imagem corporal seja igualmente influenciada pelo ideal de imagem corporal (nas sociedades ocidentais) disseminado pelos media (Pope et al., 1999; Steenhuis et al., 2006; Weber, 2006). Como consequência, assiste-se a efeitos deteriorantes ao nível do humor e satisfação corporal, em que o ideal masculino de imagem corporal proposto pela sociedade ocidental leva a baixos níveis de auto-estima e depressão (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004).

Hatoum e Belle (2004) constataram igualmente que uma baixa auto-estima está ligada às preocupações com o peso em homens, e Kashubeck-West, Mintz e Weigold (2005) observaram que existe uma associação forte entre a satisfação corporal e a auto-estima em mulheres.

Assim e partindo do que foi exposto, em estudos futuros poder-se-á avaliar se as mudanças da imagem corporal interagem com a auto-estima e o humor, influenciando os

resultados de uma perda de peso a longo-prazo, em ambos os sexos (Friedman, Reichmann, Costanzo, & Musante, 2002).

Sugere-se que se verifique se uma perda de peso significativa e mantida com sucesso está associada negativamente com os comportamentos bulímicos conjugados com raiva (Peñas-Lledó, Fernández, & Waller, 2004), perfeccionismo (Boone, Soenens, & Braet, 2011), e depressão (Gwirtsman et al., 1984; Metalsky, Joiner, Wonderlich, Beatty, Staton, & Blalock, 1997; Raffin, 2002), em ambos os sexos. De acordo com Mond & Hay (2007) e Reyes-Rodríguez et al., (2011), ainda existe pouca evidência científica.

No que concerne às variáveis pertinentes no contexto da diminuição do peso, aponta-se para a pertinência de estudar em que medida o sexo, a idade, peso, IMC, etnia, estatuto sócio-económico (Ballantyne, 2003), actividade física, relações sociais, sexualidade e padrão alimentar (Kinzl et al., 2007) e consumo de substâncias influenciam uma perda de peso em indivíduos (diferenciando-os quanto ao método de perda de peso). A idade, as habilitações literárias e o estado civil foram controlados neste estudo com uma amostra exclusivamente masculina; são, contudo, uma exploração reduzida das variáveis com possível influência na perda de peso, tal como manifestam os estudos apresentados anteriormente.

A literatura documenta que pode existir uma discrepância entre a classe de IMC percebida e o IMC real em adolescentes do sexo feminino sendo que adolescentes que se percebiam como obesas (mesmo não o sendo) apresentavam menor satisfação com o corpo e mais episódios de perda de peso (Chaung & Min, 2006). Ao contrário da evidência encontrada para esta amostra feminina, nesta amostra masculina o IMC percebido não foi estudado mas a insatisfação corporal não estava relacionada com o número de quilos perdidos. Paxton, Wertheim, Gibbons, Szumukler, Hillier, & Petrovich (1991) observaram que o IMC estava associado positivamente à insatisfação corporal em adolescentes de ambos os sexos. Tal indicia que, no futuro, poderá ser importante estudar, para além do peso perdido, a associação entre IMC atual e a insatisfação com o corpo.

Também seria importante aprofundar em que medida a mudança para comportamentos saudáveis (actividade física, dieta equilibrada, refeições regulares) (Crawford et al., 2000; Elfhag & Rossner, 2005; Fogelhorn & Kukkonen-Harjula, 2000; Howarth et al., 2001; Jakicic & Otto, 2005; Rolls et al., 2004; Shick et al., 1998; Slavin, 2005; Wing & Hill, 2001;) e níveis elevados de auto-eficácia, suporte social e auto-monitorização do comportamento (Elfhag & Rossner, 2005; Teixeira et al., 2006; Toray & Cooley, 1997) contribuem para uma perda de peso.

É de salientar que, para além de se investigar as razões pelas quais uma pessoa não tem um peso saudável e de procurar perceber os diferentes tipos de ajuda/intervenção adequados a cada um, a compreensão da evolução dos hábitos alimentares é fundamental pois a prevalência da obesidade tem vindo a aumentar tendo sido considerada a pandemia do século XXI.

5 – Referências

- Agliata, D., & Tantleff-Dunn, S. (2004). The impact of media exposure on males' body image. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(1), 7-22
- Almeida, J. (2002). *DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi
- Andersen, A. E., & DiDomenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders, 11*(3), 283-287
- Anderson, J.W., Grant, L., Gotthelf, L., & Stilfer, L.T.P. (2007) Weight loss and long-term follow-up of severely obese individuals treated with an intense behavioral program. *International Journal of Obesity, 31*, 488-493
- Anderson, J., & Konz, E. (2001). Obesity and disease management: effects of weight loss on comorbid conditions. *Obesity reviews, 9*(4), 326-334.
- Baldwin, A., 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. *Annals of Behavioral Medicine, 38*, 213-224
- Ballantyne, G. (2003). Measuring Outcomes following Bariatric Surgery: Weight Loss Parameters, Improvement in Co-morbid Conditions, Change in Quality of Life and Patient Satisfaction. *Obesity Surgery, 13*(6), 954-964
- Barte, J. C. M., ter Bogt, N. C. W., Bogers, R. P., Teixeira, P. J., Blissmer, B., Mori, T. A., Bemelmans, W. J. E. (2010). Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. *Obesity Reviews, 11*(12), 899-906
- Benedetti, C. (2003). *De obeso a magro: A trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor

- Berkow, R., Beers, M. H., & Fletcher, A. J. (1997). *The Merck Manual – Home Edition*. New Jersey: Merck Sharp & Dohme
- Boone, L., Soenens, B., & Braet, C. (2011). Perfectionism, Body Dissatisfaction, and Bulimic Symptoms: The intervening role of perceived pressure to be thin and thin ideal internalization. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(10), 1043-1068
- Brand, A., Rothblum, D., & Solomon, J. (1992). A comparison of lesbians, gay men, and heterosexuals on weight and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders, 1*(3), 253-259
- Capisano, H. (1992). *Imagem Corporal* in Mello Filho, J., *Psicossomática Hoje*, Porto Alegre: Artes médicas, 273-278
- Carmo, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa: ISPA
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J., & Galvão-Teles, A. (2007). Overweight and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews, 9*(1), 11-19
- Chung S., & Min, S. (2006). Body Satisfaction and Weight Loss in Women College Students. *Journal of Korean Academic of Fundamentals of Nursing, 13*(3), 485-492
- Cohn, L., & Adler, N. (1992). Female and male perceptions of ideal body shapes. *Psychology of Women Quarterly, 16*, 69–79
- Cordás, A. (2005). Obesidade e Distúrbios Alimentares. *Psiquiatria: a nova realidade, 1*, 7-19
- Crawford, D., Jeffery, R., & French, S. (2000). Can anyone successfully control their weight? Findings of a three year community-based study of men and women. *International Journal of Obesity, 24*, 1107-1110

- Davis, C., Shapiro, M., Elliot, S., & Dionne, M. (1993). Personality and other correlates of dietary restraint: an age by sex comparison. *Personality and Individual Differences* 14, 297–305
- De Panfilis, C., Rabbaglio, P., Rossi, C., Zita, G., & Maggini, C. (2003). Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. *Psychopatologia*, 36, 239-246
- Dohm, F., Beattie, J., Aibel, C., & Striegel-Moore, R. (2001). Factors Differentiating Women and Men Who Successfully Maintain Weight Loss from Women and Men Who Do Not. *Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 105-117
- Drewnowski, A., & Yee, D. (1987). Men and Body Image: Are Males Satisfied with Their Body Weight? *Psychosomatic Medicine*, 49, 626-634
- Duvigneaud, N., Wijndaele, K., Deriemaeker, P., Philippaerts, R., Lefevre, J., Thomis, M., & Duquet, W. (2007). Socio-economic and lifestyle factors associated with overweight in Flemish adult men and women. *BMC Public Health*, 137, 35-36
- Elfhag, K., & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67-85
- Fisberg (1993). Obesidade na infância e adolescência. *Pediatria Moderna*, 29(2), 103-108
- Fogelhorn, M., & Kukkonen-Harjula, K. (2000). Does physical activity prevent weight gain – a systematic review. *Obesity Reviews*, 1, 95-111
- Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- French, S. A., & Jeffery, R. W. (1994). Consequences of Dieting to Lose Weight: Effects on Physical and Mental Health. *Health Psychology*, 13(3), 195-212

- Friedman, K., Reichmann, S., Costanzo, P., & Musante, G. (2002). Body Image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Reviews, 10*, 33-41
- Galvão-Teles, A. (1993). Bases para o tratamento da obesidade. *Comportamento alimentar e nutrição, 1*, 3-8
- Garner, M., Olmsted, P., Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating disorder, 2*, 15-34
- Graham, C., & Felton, A. (2005). Variance in obesity across cohorts and countries: a norms-based explanation using happiness surveys. *The Brookings Institution: CSED Seminar Series, 42*, 1-33
- Grilo, M., Brownell, D., & Stunkard, A. (1993). *The metabolic and psychological importance of exercise in weight control*. In Stunkard, A. & Wadden, T. (Eds.), *Obesity: Theory and Therapy*. New York: Raven , 253-273
- Grilo, C., Shiffman, S., & Wing, R. (1993). Coping and dietary relapse crises and their aftermath. *Addictive Behavior, 18*, 89-102
- Guidi, J., Pender, M., Hollon, S.D., Zisook, S., Schwartz, F.H., & Pedrelli, P. (2009). The prevalence of compulsive eating and exercise among college students: An exploratory study. *Psychiatry Research, 165*, 154–162.
- Gwirtsman, H., Roy-Byrne, P., Lerner, L., & Yager, J. (1984). Bulimia in men: A report of three cases with neuroendocrine findings. *Journal of Clinical Psychiatry, 45*, 78-81
- Hankey, C. R., Leslie, W. S., & Lean, M. E. J. (2002). Why lose weight? Reasons for seeking weight loss by overweight but otherwise healthy men. *International Journal of Obesity, 26*, 880-882

- Hatoum, I. J., & Belle, D. (2004). Mags and abs: Media consumption and bodily concerns in men. *Sex Roles, 51*, 397-407.
- Harvey, J. A., Robinson, J. D. (2003). Eating disorders in men: Current considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10*, 297–306.
- Howarth, N. C., Saltzman, E., & Roberts, S.B. (2001). Dietary Fiber and Weight Regulation. *Nutrition Reviews, 59*(5), 129-139
- Hudson, I., Hiripi, E., Pope, H., Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biology Psychiatry, 61*, 348–358.
- Kaplan, I., Sadock, J., & Grebb, A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. 7ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kashubeck-West, S., Mintz, L., & Weigold, I. (2005). Separating the Effects of Gender and Weight-Loss Desire on Body Satisfaction and Disordered Eating Behavior. *Sex Roles, 53*(7-8), 505-518
- Kinzl, J.F., Schrattecker, M., Traweger, C., Aigner, F., Fiala, M., & Biebl, W. (2007). Quality of Life in Morbidly Obese Patients after Surgical Weight Loss. *Obesity Surgery, 17*(2), 229-235
- Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Lisboa: Editorial Stampa
- Lynch, S., & Zellner, D. (1999). Figure Preferences in Two Generations of Men: The Use of Figure Drawings Illustrating Differences in Muscle Mass. *Sex Roles, 40*(9-10), 833-843
- Jakicic, M., & Otto, D. (2005). Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition, 82*, 226-229

- Machado, P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares, I. (2001). The Portuguese Version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its Psychometric Properties. *European Eating Disorders Review, 9*, 43-52
- Maggard, M. A., Shugarman, L. R., Suttorp, M., Maglione, A., Sugerman, H. H., & Livingstone, E. J. et al. (2005). Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine, 142*, 547-559
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Martins, M. (1993). Aspectos genéticos da obesidade. Uma perspectiva histórica. *Pediatria Moderna, 29*(2), 134-141
- Maude, D., Wertheim, E., Paxton, S., Gibbons, K., & Szmukler, G. (1993). Body Dissatisfaction, Weight Loss Behaviours, and Bulimic Tendencies in Australian Adolescents With an Estimate of Female Data Representativeness. *Australian Psychologist, 28*(2), 128-132
- Metalsky, G., Joiner, T., Jr., Wonderlich, S., Beatty, W., Staton, R., & Blalock, J. (1997). When Will Bulimics Be Depressed and When Not? The Moderating Role of Attributional Style. *Cognitive Therapy and Research, 21*(1), 61-72
- Mond, J. M., & Hay, P. J. (2007). Functional Impairment Associated with Bulimic Behaviors in a Community Sample of Men and Women. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 391-398
- Nawaz, H., Katz, D. (2001). American college of preventive medicine practice policy statement: Weight management counseling of overweight adults. *American Journal of Preventive Medicine, 21*(1), 73-78
- Nunes, A., Apolinário, C., Galvão, A., & Coutinho, W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed

- Odgen, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi
- Olivardia, R., Pope, H. Jr, Mangweth, B., & Hudson, J. (1995). Eating disorders in college men. *The American Journal of Psychiatry*, *152*, 1279–1285
- Palmeira, A. L., Teixeira, P., Branco, T. L., Martins, S. C., Minderico, C. S., Silva, M. N., Vieira, P. N., Barata, J. T., Serpa, S. O., & Sardinha, L. B., Teixeira, P. J. (2010). Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image*, *305*, 1-7
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic
- Paxton, S., Wertheim, E., Gibbons, K., Szumukler, G., Hillier, L., & Petrovich, J. (1991). Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *20*(3), 361-379
- Peñas-Lledó, E., Fernández, J., & Waller, G. (2004). Association of Anger with Bulimic and Other Impulsive Behaviours Among Non-Clinical Women and Men. *European Eating Disorders Review*, *12*, 392-397
- Pereira, M. G., & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na Diabetes: Conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*, *3*(22), 585-595
- Peres, R., Santos, M., & Kruschewsky, M. (2007). Imagem corporal em obesos mórbidos antes e depois de uma intervenção multidisciplinar. *Psychologica*, *44*, 467-488
- Pérez, F., & Albala, C. (2000). Aspectos genéticos de la obesidad humana. *Revista Childhood*, *27*(1), 113-120
- Perri, M. G., Sears, S. E., & Clark, J. E. (1993). Strategies for improving maintenance of weight loss. *Diabetes Care*, *16*, 200-209

- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Marôco, J. (2009). O peso da mente – Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 2(27), 175-187
- Pi-Sunyer, F. X. (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults – the evidence report. *Obesity Research*, 6, 51-209
- Pope, H. G., Olivardia, R., Gruber, A., & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 65-72
- Pope, H. G., Gruber, A., Mangweth B., Bureau, B., deCol. C., Jouvent, R., & Hudson, J. (2000). Body image perception among men in three countries. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1297–1301.
- Powell, L. H., Calvin, J. E., III & Calvin, J. E. Jr. (2007). Effective obesity treatments. *American Psychologist*, 62, 234-246
- Presnell, K., & Stice, E. (2003). An experimental test of the effect of weight-loss dieting on bulimic pathology: Tipping scales in a different direction. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 166-170
- Raffin, C. (2002). Obesidad. *Medifam*, 12(2), 132-139
- Raison, J., Basdevant, A., & Guy-Grand, B. (1987). Relation entre repartition du tissu adipeux et lipides circulantes chez la femme obese. *Presse Medical*, 9, 431-433
- Ramirez, E., & Rosen, J. (2001). A comparison of weight control and weight control plus body image therapy for obese men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 440-446
- Reyes-Rodríguez, M., Sala, M., Von Holle, A., Unikel, C., Bulik, C., Cámara-Fuentes, L., & Suárez-Torres, A. (2011). A description of disordered eating behaviors in Latino males. *The Journal of American College Health*, 59(4), 266-272

- Rodin, J., Elias, M., Silberstein, R., & Wagner, A. (1988). Combined behavioral and pharmacologic treatment for obesity. Predictors of successful weight maintenance. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 56*, 309-404
- Rolls, B. J., Ello-Martin, J. A., Tohill, B. C. (2004). What Can Intervention Studies Tell Us about the Relationship between Fruit and Vegetable Consumption and Weight Management? *Nutrition Reviews, 62*(1), 1-17
- Rothman, A. J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology, 19*, 64-69
- Santoro, R. (1996). Obesidade. Considerações gerais. Nutrição infantil. *Pediatria Moderna, 32*(2), 151-152
- Santos, O., Carmo, I., Camolas, J., & Vieira, J. (2009). Validade do auto-relato do peso e da altura na avaliação do índice de massa corporal da população adulta portuguesa. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade, 4-6*, 157-168
- Savi, C., Salles, R., Zeni, L., & Fiates, G. (2000). Dietas Hipocalóricas em Internação: Perda de Peso em Seis Dias. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 44*(6), 497-500
- Schilder, P. (1935). *A imagem do corpo*. São Paulo: Martins Fontes
- Schneider, H. J., Friedrich, N., Klotsche, J., Pieper, L., Nauck, M., John, U., Dorr, M., Felix, S., Lehnert, H., Pittrow, D., Silber, S., Volzke, H., Stalla, G.K., Wallaschofski, H., Wittchen, H.-U. (2010). The Predictive Value of Different Measures of Obesity for Incident Cardiovascular Events and Mortality. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 95*(4), 1777-1785
- Schreiber, M., Schauble, G., Epting, R., & Skovholt, M. (1979). Predicting successful weight loss after treatment. *Journal of Clinical Psychology, 35*, 851-854

- Shick, M., Wing, R., Klem, L., McGuire, T., Hill, J., & Seagle, H. (1998). Persons successful at long-term weight loss and maintenance continue to consume a low-energy, low-fat diet. *Journal of the American Dietetic Association*, *98*, 408-413.
- Silva, M., Markland, D., Minderico, C., Vieira, P., Castro, M., Coutinho, S., Santos, T., Matos, M., Sardinha, L., & Teixeira, P. (2008). A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health*, *8*(234), 1-13
- Slavin, J. L. (2005). Dietary fiber and body weight. *Nutrition*, *21*(3), 411-418
- Steenhuis, I., Bos, A., & Mayer, B. (2006). (Mis)interpretation of body weight in adult women and men. *Journal of Human Nutrition Dietetics*, *19*, 219-228
- Striegel-Moore, R., & Franko, D. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *34*, 19-29
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Martin, C. J., Metcalfe, L. L., Finkenthal, N. R., Blew, R. M., & Sardinha, L. B. (2002). Weight loss readiness in middle-aged women: Psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *Journal of Behavioral weight reduction*. *Journal of Behavioral Medicine*, *25*(6), 449-523
- Teixeira, J. (2005a). *Psicopatologia geral. Introdução, métodos e modelos, psicopatologia descritiva*. Lisboa: ISPA
- Teixeira, P. (2005b). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Reviews*, *6*, 43-65
- Teixeira, P., Going, S., Houtkooper, L., Cussler, E., Metcalfe, L., Blew, R., Sardinha, L., & Lohman, T. (2006). Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *38*(1), 179-188.

- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. N., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Toray, T., & Cooley, E. (1997). Weight Fluctuation, Bulimic Symptoms, and Self-Efficacy for Control of Eating. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 131(4), 383-392
- Timko, C., Perone, J., & Crossfield, A. (2006). Are You Currently on a Diet? What Respondents Mean When They Say “Yes”. *Eating Disorders*, 14, 157-166
- Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J., Valle, T., Hamalainen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinanen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., & Uusitupa, M. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344, 1343-1350
- Turnbull, J., Freeman, C., Barry, F., & Annandale, A. (1987). Physical and psychological characteristics of five male bulimics. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 25-29
- Vidal, J. (2002). Updated review on the benefits of weight loss. *International Journal of Obesity and Related Metabolism Disorders*, 26(4), 25-28
- Vohs, K., Voelz, Z., Pettit, J., Bardonne, A., Katz, J., Abramson, L., Heatherton, T., Joiner, T. (2001). Perfectionism, Body Dissatisfaction and Self-Esteem: An interactive model of Bulimic Symptom Development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(4), 476-497
- Wannamethee, S., Shaper, A., Whincup, P., & Walker, M. (2000). Characteristics of Older Men Who Lose Weight Intentionally or Unintentionally. *American Journal of Epidemiology*, 151(1), 667-675
- Weber, B. R. (2006). What Makes the Man? Television Makeovers, Made-Over Masculinity, and Male Body Image. *International Journal of Men’s Health*, 5(3), 287-306

- Weiss, E. C., Galuska, D. A., Kettel Khan, L., Gillespie, C., & Serdula, M. K. (2007). Weight regain in U.S. adults who experienced substantial weight loss, 1999-2002. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, 34-40
- Welsh, E., Sherwood, N., VanWormer, J., Hotop, A. M., & Jeffery, R. (2009). Is Frequent Self-weighing Associated with Poorer Body Satisfaction? Findings from a Phone-based Weight Loss Trial. *Journal of Nutrition and Educational Behavior*, 41(6), 425-428.
- Wolfe, B. L., & Smith, J. E. (2002). Different Strokes for Different Folks: Why Overweight Men Do Not Seek Weight Loss Treatment. *Eating Disorders*, 10, 115-124
- Woodside, B., Garfinkel, P., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goodblom, S., & Kennedy, H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*. 158, 570-574.
- World Health Organization (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf, acedido no dia 1 de Agosto de 2012
- World Health Organization (2011a). *Controlling the global obesity epidemic – The challenge*.
<http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en>, acedido no dia 18 de Outubro de 2011
- World Health Organization (2011b). *Noncommunicable Diseases Country Profile*. Geneva: WHO, 153
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf, acedido no dia 18 de Outubro de 2011
- World Health Organization (2011c). *BMI Classification*.
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, acedido no dia 18 de Outubro de 2011

- World Health Organization (2012). *Obesity and Overweight*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>, acessado em Agosto de 2012
- Wing, R., & Hill, J. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 21, 323-341
- Wing, R. R. & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 222-225
- Yannakoulia, M., Panagiotakos, D., Pitsavos, C., Skoumas, Y., & Stefanadis, C. (2008). Eating patterns may mediate the association between marital status, body mass index, and blood cholesterol levels in apparently healthy men and women from the ATTICA study. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2230-2239
- Zilberstein, B. (2002). O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(4), 258-268

6 – Anexos

Anexo A

Outputs

Variável Local de Recolha da Amostra

Statistics

Local Recolha Amostra

N	Valid	30
	Missing	0
Minimum		1
Maximum		11

Local Recolha Amostra

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TdH	12	40,0	40,0	40,0
CITRO	1	3,3	3,3	43,3
HSFX	5	16,7	16,7	60,0
Santa Maria	1	3,3	3,3	63,3
Facebook/Mail	3	10,0	10,0	73,3
Bola de Neve	7	23,3	23,3	96,7
Naturhouse	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Variável Raça

Statistics

Raça

N	Valid	30
	Missing	0
Minimum		1
Maximum		1

Raça

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid caucasiana	30	100,0	100,0	100,0

Variável Idade

Statistics

Idade do participante

N	Valid	30
	Missing	0
Mean		40,57
Std. Deviation		12,629
Skewness		,286
Std. Error of Skewness		,427
Kurtosis		-,583
Std. Error of Kurtosis		,833
Minimum		21
Maximum		66

Alpha de Cronbach

Scale: AlphaC_Insatisfação_Corporal

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,587	,427	9

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
37,47	39,499	6,285	9

Scale: AlphaC_Comportamentos_Bulímicos

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,529	,570	7

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
37,77	9,909	3,148	7

Variável Estado Civil

Statistics

Estado Civil

N	Valid	30
	Missing	0

Estado Civil R

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casado	13	43,3	43,3	43,3
Não casado	17	56,7	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Variável Situação Profissional

Statistics

Situação profissional

N	Valid	29
	Missing	1

Situação profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	activo	24	80,0	82,8	82,8
	não activo	5	16,7	17,2	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Missing	System	1	3,3		
Total		30	100,0		

Variável Habilitações Literárias

Statistics

Habilitações Lit

N	Valid	27
	Missing	3

Habilitações Lit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9º Ano ou menos	6	20,0	22,2	22,2
	12º Ano	7	23,3	25,9	48,1
	Frequência Universitária ou mais	14	46,7	51,9	100,0
	Total	27	90,0	100,0	
Missing	System	3	10,0		
Total		30	100,0		

Variável Rendimento total anual bruto do agregado familiar

Statistics

Rendimento total anual
bruto do agregado
familiar

N	Valid	28
	Missing	2

Rendimento total anual bruto do agregado familiar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10.000 euros ou menos	5	16,7	17,9	17,9
	de 10.001 a 20.000 euros	9	30,0	32,1	50,0
	de 20.001 a 37.500 euros	6	20,0	21,4	71,4
	de 37.501 a 70.000 euros	2	6,7	7,1	78,6
	superior a 70.001 euros	6	20,0	21,4	100,0
	Total	28	93,3	100,0	
Missing	System	2	6,7		
Total		30	100,0		

Variável IMC

Statistics

IMC

N	Valid	30
	Missing	0
Mean		28,9437
Std. Deviation		6,31121
Skewness		2,143
Std. Error of Skewness		,427
Kurtosis		4,000
Std. Error of Kurtosis		,833
Minimum		22,94
Maximum		47,45

Variável IMC Categorizado

Statistics

IMC Categorizado

N	Valid	30
	Missing	0

IMC Categorizado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Normal	5	16,7	16,7	16,7
Excesso de Peso	19	63,3	63,3	80,0
Obesidade	3	10,0	10,0	90,0
Obesidade Mórvida	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Sub-escala Insatisfação Corporal

Statistics

	IC_2	IC_9	IC_12	IC_19	IC_31	IC_45	IC_55	IC_59	IC_62
N Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	4,70	5,23	3,47	3,50	3,23	5,43	3,23	5,27	3,40
Median	5,00	6,00	4,00	3,50	3,50	6,00	2,50	6,00	4,00
Mode	5	6	4	2	1 ^a	6	2	6	5
Std. Deviation	1,179	1,073	1,697	1,503	1,813	,728	1,794	,980	1,793
Minimum	3	3	1	1	1	3	1	3	1
Maximum	6	6	6	6	6	6	6	6	6

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

IC 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	8	26,7	26,7	26,7
4	2	6,7	6,7	33,3
5	11	36,7	36,7	70,0
6	9	30,0	30,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

IC 9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	4	13,3	13,3	13,3
4	2	6,7	6,7	20,0
5	7	23,3	23,3	43,3
6	17	56,7	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

IC_12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	7	23,3	23,3	23,3
2	2	6,7	6,7	30,0
3	3	10,0	10,0	40,0
4	9	30,0	30,0	70,0
5	6	20,0	20,0	90,0
6	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

IC_19

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	6,7	6,7	6,7
2	8	26,7	26,7	33,3
3	5	16,7	16,7	50,0
4	6	20,0	20,0	70,0
5	6	20,0	20,0	90,0
6	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

IC_31

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	7	23,3	23,3	23,3
2	7	23,3	23,3	46,7
3	1	3,3	3,3	50,0
4	6	20,0	20,0	70,0
5	5	16,7	16,7	86,7
6	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

IC_45

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	3,3	3,3	3,3
4	1	3,3	3,3	6,7
5	12	40,0	40,0	46,7
6	16	53,3	53,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

IC 55

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	16,7	16,7	16,7
2	10	33,3	33,3	50,0
3	2	6,7	6,7	56,7
4	4	13,3	13,3	70,0
5	4	13,3	13,3	83,3
6	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

IC 59

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	3	10,0	10,0	10,0
4	2	6,7	6,7	16,7
5	9	30,0	30,0	46,7
6	16	53,3	53,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

IC 62

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	20,0	20,0	20,0
2	7	23,3	23,3	43,3
3	1	3,3	3,3	46,7
4	4	13,3	13,3	60,0
5	9	30,0	30,0	90,0
6	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Sub-escala Comportamentos Bulímicos

Statistics

	CB_4	CB_5	CB_28	CB_38	CB_46	CB_53	CB_61
N Valid	30	30	30	30	30	30	30
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean	5,07	5,03	4,97	5,40	5,77	5,77	5,77
Median	6,00	5,00	5,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Mode	6	5	5	6	6	6	6
Std. Deviation	1,230	,999	,964	,814	,626	,568	,774
Minimum	3	3	3	3	3	4	2
Maximum	6	6	6	6	6	6	6

CB 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	7	23,3	23,3	23,3
5	7	23,3	23,3	46,7
6	16	53,3	53,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

CB 5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	4	13,3	13,3	13,3
4	2	6,7	6,7	20,0
5	13	43,3	43,3	63,3
6	11	36,7	36,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

CB 28

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	3	10,0	10,0	10,0
4	5	16,7	16,7	26,7
5	12	40,0	40,0	66,7
6	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

CB 38

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	3,3	3,3	3,3
4	3	10,0	10,0	13,3
5	9	30,0	30,0	43,3
6	17	56,7	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

CB 46

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	3,3	3,3	3,3
5	4	13,3	13,3	16,7
6	25	83,3	83,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

CB 53

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4	2	6,7	6,7	6,7
5	3	10,0	10,0	16,7
6	25	83,3	83,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

CB_61

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	3,3	3,3	3,3
5	3	10,0	10,0	13,3
6	26	86,7	86,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Coeficientes de Pearson

Correlations

		EDI_ Insatisfação_ Corporal	B) 3 - PPBS
EDI_ Insatisfação_ Corporal	Pearson Correlation	1	,082
	Sig. (2-tailed)		,668
	N	30	30
B) 3 - PPBS	Pearson Correlation	,082	1
	Sig. (2-tailed)	,668	
	N	30	30

Correlations

		EDI_ Comportamentos_ Bulímicos	B) 3 - PPBS
EDI_ Comportamentos_ Bulímicos	Pearson Correlation	1	-,302
	Sig. (2-tailed)		,104
	N	30	30
B) 3 - PPBS	Pearson Correlation	-,302	1
	Sig. (2-tailed)	,104	
	N	30	30

Correlations

		Idade do participante	B) 3 - PPBS
Idade do participante	Pearson Correlation	1	-,065
	Sig. (2-tailed)		,733
	N	30	30
B) 3 - PPBS	Pearson Correlation	-,065	1
	Sig. (2-tailed)	,733	
	N	30	30

Teste Anova one-way

Tests of Normality

Habilitações_Lit		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
B) 3 - PPBS	9° Ano ou menos	,290	6	,126	,723	6	,011
	12° Ano	,186	7	,200*	,922	7	,483
	Frequência	,234	14	,037	,829	14	,012
	Universitária ou mais						

a. Lilliefors Significance Correction

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

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
B) 3 - PPBS	Based on Mean	2,698	2	24	,088
	Based on Median	1,026	2	24	,374
	Based on Median and with adjusted df	1,026	2	9,901	,394
	Based on trimmed mean	2,294	2	24	,123

ANOVA

B) 3 - PPBS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3892,248	2	1946,124	2,736	,085
Within Groups	17071,757	24	711,323		
Total	20964,005	26			

Teste t-Student

Variável Estado_Civil_R

Tests of Normality

	Estado_Civil_R	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
B) 3 - PPBS	Casado	,166	13	,200*	,879	13	,070
	Não casado	,194	17	,088	,816	17	,003

a. Lilliefors Significance Correction

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

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
B) 3 - PPBS	Based on Mean	4,452	1	28	,044
	Based on Median	2,963	1	28	,096
	Based on Median and with adjusted df	2,963	1	18,673	,102
	Based on trimmed mean	3,737	1	28	,063

Group Statistics

Estado_Civil_R	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
B) 3 - PPBS Casado	13	23,31	13,634	3,782
Não casado	17	39,02	33,563	8,140

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
B) 3 - PPBS	Equal variances assumed	4,452	,044	-1,585	28	,124	-15,710	9,909	-36,008	4,588
	Equal variances not assumed			-1,750	22,268	,094	-15,710	8,976	-34,311	2,892

Anexo B

EDI

E.D.I.

Esta escala mede uma variedade de atitudes, sentimentos e comportamentos. Alguns itens relacionam-se com comida e comportamento alimentar. Outros perguntam sobre sentimentos para consigo próprio(a). Não existem respostas certas nem erradas, por isso seja o mais honesto(a) possível nas suas respostas. Leia por favor cada afirmação e assinale a coluna que mais se adequa ao seu caso.

	Sempre	Frequentemente	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
2. Acho que o meu estômago é grande demais						
4. Como quando estou preocupado						
5. Empanturro-me com comida						
9. Acho as minhas coxas muito gordas						
12. Acho que o meu estômago tem o tamanho certo						
19. Sinto-me satisfeito com a forma do meu corpo						
28. Já me aconteceu comer demais e sentir que não conseguia parar						
31. Gosto da forma das minhas nádegas						

38. Penso em empanturrar-me com comida						
45. Penso que as minhas ancas são largas demais						
46. Como moderadamente em frente aos outros e empanturo-me quando se vão embora						
53. Já pensei em tentar vomitar para perder peso						
55. Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo						
59. Acho que as minhas nádegas são grandes demais						
61. Como ou bebo às escondidas						
62. Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo						

Muito obrigada pela sua colaboração.

Itens:

Sub-escala Insatisfação Corporal: 2, 9, 12*, 19*, 31*, 45, 55*, 59, 62*

Sub-escala Comportamentos Bulímicos: 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61

Anexo C

Questionário Sócio-Demográfico

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 D

Triagem (Questionário relacionado com o peso perdido)

Triagem Pessoas que perderam peso de forma bem-sucedida (a preencher pela Psicóloga)

(Avaliar 2 aspectos: se já perdeu 6% do peso inicial e se manteve essa perda durante pelo menos 12 meses)

1 - Qual a sua idade: _____ anos

2 - Quanto pesava antes de começar a perder peso (peso inicial)? _____ kg.

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

4 – Necessito agora de perceber em que momento (há quanto tempo) atingiu uma perda de 6% do seu peso corporal.

a) **i)** Para calcular a quantos quilos correspondem os 6% no seu caso pessoal vou então multiplicar o seu peso inicial por 6 e depois dividir o resultado por 100.

Exemplo:

Peso inicial = 90Kg

Então $90 \times 6 / 100 = 5,4$ kg

(6% do peso corporal)

Regra de “Três Simples”

Ex.:

90 kg ----- 100 %

X ----- 6 %

Logo: $90 \times 6 / 100 = 5,4$ kg

6 % do peso inicial serão 5,4 kg

(Peso inicial) $\times 6 / 100 =$ _____ kg

ii) Peso a localizar no tempo (ou seja há mais ou há menos de 12 meses): peso inicial – peso referente aos 6% = (utilizando o exemplo: 90 kg – 5,4kg = 84,6 kg)

(Peso inicial) – (Peso referente aos 6%) = _____ kg

b) Agora localize-se por favor no tempo: há quanto tempo aproximadamente (em que mês, e de que ano) atingiu este peso?

Mês _____; Ano _____.

c) E durante quanto tempo (meses ou anos) manteve esta perda de peso, ou seja, não aumentou o seu peso acima dos _____ kg)? _____

5 - Quanto pesa actualmente? _____ kg.

6 - E qual a sua altura? _____ m.

Anexo E

Consentimento Informado

INVESTIGAÇÃO: EXCESSO E PERDA DE PESO

Consentimento Informado

A presente investigação, efectuada 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)

INVESTIGAÇÃO: EXCESSO E PERDA DE PESO

Consentimento Informado

A presente investigação, efectuada 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)