



UM ESTUDO QUALITATIVO: ESTRATÉGIAS EFICAZES DE GESTÃO DE
PESO BEM-SUCEDIDA EM PESSOAS ADULTAS

BEATRIZ COSTA HORTA PIRES BRANCO

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coorientador de Dissertação:

MESTRE CONSTANÇA MONIZ GALVÃO

Professor de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTORA FILIPA PIMENTA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

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

Inevitavelmente estes cinco anos não teriam sido possíveis sem o apoio de pessoas a quem devo o meu agradecimento.

Às minhas orientadoras de dissertação – Prof. Doutora Filipa Pimenta e Mestre Constança Moniz Galvão – pelas aprendizagens e conhecimentos partilhados. Pela vontade, que me fizeram ganhar, de superar todas as expectativas e pelo incansável apoio, obrigada.

Às amigas que o ISPA me deu – Constança e Inês – pelas conquistas que alcançamos juntas e pela felicidade de fazermos parte do percurso umas das outras.

À minha mais do que colega de faculdade e amiga de curso, irmã para a vida – Marta – que me acompanhou do início ao fim e nunca me deixou desistir. A melhor pessoa que podia ter para partilhar as minhas vitórias, derrotas, certezas e incertezas. Sem ti este percurso não faria sentido. Obrigada pelas horas investidas naquela que é a nossa dupla perfeita, pela presença nas crises existenciais e por completares a confiança que me falta ter em mim. É um trabalho tanto meu como teu.

Às minhas amigas da vida e para vida – Beatriz, Carmo, Helena, Leonor, Leonor e Marta – por me terem visto crescer, por me acompanharem e respeitarem, tantas vezes, a minha ausência.

À mãe dos meus irmãos emprestados – Katinka – pelo apoio incondicional ao longo destes anos. A vocês Sebastião e Róza, nunca duvidem das vossas capacidades. Para conseguir, basta acreditar.

À minha mãe, por ser sempre colo. A pessoa a quem, certamente, mais impactou as alturas mais difíceis deste curso, e que mesmo assim nunca duvidou deste fim.

Aos meus irmãos – Carolina, Margarida e Francisco – sou um bocadinho de cada um de vocês, e certamente, este trabalho também o é.

Ao meu sobrinho – Manuel – por me ter mostrado o mais verdadeiro significado de amor, até agora experienciado. Todos os passeios que a tia falhou, estão espelhados nas palavras desde longo e investido trabalho. Mesmo sem saberes e fazeres por isso foste força e motivação para este fim. A ti, desejo-te tudo o que, de bom, o mundo tiver guardado.

A ti, Carlos, por nunca duidares de mim e do meu trabalho, por acalmares a minha alma e confortares o meu coração. Sorte a minha por ter o privilégio de caminhar contigo.

“Desconfia sempre de quem te disser que não podes ou que não vais conseguir. Estão a falar contigo, mas, na verdade, a conversa é com eles próprios.”

M. Clemente

RESUMO

Introdução: A obesidade e o excesso de peso são um problema de saúde pública com impacto a nível mundial. Em 2015, 32% e 33.2% das mulheres e 25% e 45.5% dos homens, residentes em Portugal tinham obesidade e excesso de peso, respetivamente. Estes números impactam a saúde física e mental, sendo o trabalho nesta área crucial. O presente estudo teve como objetivo explorar as estratégias de início e manutenção da perda de peso bem-sucedida, numa amostra de adultos portugueses, com o recurso a duas taxonomias de mudança comportamental (BCT's e OxFAB). **Método:** A amostra do estudo foi composta por 57 participantes entre os 20-66 anos ($M=41.96$; $DP=13.06$). Os participantes do estudo tinham um IMC entre 21.64-29.70 kg/m² ($DP=2.32$). Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. **Resultados:** A análise de dados revelou que a estratégia mais mencionada pelos participantes para o início da perda de peso foi o suporte social de um nutricionista (número de menções [NM] = 135; número de participantes [NP] = 42), enquanto a estratégia mais referida na manutenção da perda de peso foi a prática de atividade física regular (NM = 116; NP = 38). **Discussão:** Os resultados mostram a importância percebida da prática de atividade física e da mudança do comportamento alimentar guiada por uma profissional no alcance de uma perda de peso bem-sucedida. A presença de profissionais no Serviço Nacional de Saúde que trabalhem estes componentes junto de pessoas com obesidade é urgente, considerando a prevalência da mesma.

Palavras-chave: obesidade, excesso de peso, BCT, OxFAB, população portuguesa.

ABSTRACT

Introduction: Obesity and overweight are a public health issue with a global impact. In 2015, 32% and 33.2% of women and 25% and 45.5% of men living in Portugal were obese or overweight, respectively. These numbers have an impact on physical and mental health, making work in this area is crucial. The present study aimed to explore the strategies for initiating and maintaining successful weight loss, in a sample of Portuguese adults, using two taxonomies of behavioural change (BCT and OxFAB). **Method:** The study sample comprised 57 participants aged 20-66 years ($M=41.96$; $SD=13.06$). The study participants had a BMI between 21.64-29.70 kg/m² ($SD=2.32$). Data were collected through semi-structured interviews that were recorded and subsequently transcribed and analysed. **Results:** Data analysis revealed that the most mentioned strategy by participants for initiating weight loss was social support from nutritionist (number of mentions [NM] = 135; number of participants [NP] = 42), while the most mentioned strategy for maintaining weight loss was reference to regular physical activity (NM = 116; NP = 38). **Discussion:** The results emphasise the perceived importance of physical activity and dietary behaviour change in achieving successful weight loss. The presence of professionals in the National Health Service who work on these components with people who are obese is urgent, considering the prevalence of obesity.

Keywords: obesity, overweight, BCT, OxFAB, portuguese population.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
MÉTODO	8
Desenho do Estudo	8
Participantes	8
Material	11
<i>Questionário de Triagem</i>	11
<i>Consentimento Informado</i>	11
<i>Autorização Para a Gravação da Entrevista</i>	11
<i>Guião da Entrevista</i>	11
<i>Questionário Sociodemográfico e Questionário da Saúde</i>	12
Procedimento	12
Análise de Dados Qualitativa – Análise Qualitativa de Conteúdo	13
RESULTADOS	16
Estratégias e Aspetos Facilitadores do Início da Perda de Peso Bem-sucedida	16
Estratégias e Aspetos Facilitadores de Manutenção da Perda de Peso Bem-sucedida	22
DISCUSSÃO.....	27
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	51
Anexo A – Revisão de Literatura Alargada	51
<i>Obesidade e Excesso de Peso</i>	51
<i>Perda de Peso</i>	53
<i>Perda de Peso Bem-sucedida versus Perda de Peso Mal-sucedida</i>	63
<i>Taxonomia de Técnicas de Mudança Comportamental (Behaviour Change Techniques Taxonomy – BCT’s)</i>	66
<i>Oxford Food and Activity Behaviors (OxFAB)</i>	67
Anexo B – Questionário de Triagem	70

Anexo C – Consentimento Informado	71
Anexo D – Autorização para a Gravação da Entrevista.....	72
Anexo E – Guião de Entrevista.....	73
Anexo F – Questionário Sociodemográfico e Questionário da Saúde.....	76
Anexo G – Parecer da Comissão de Ética	79
Anexo H – Estratégias e Aspetos Facilitadores de Início da Perda de Peso Bem-sucedida	80
Anexo I – Estratégias e Aspetos Facilitadores de Manutenção da Perda de Peso Bem-sucedida.....	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Tabela 2 – Características da Saúde da Amostra

Tabela 3 – Estratégias/Aspetos Facilitadores de Início da Perda de Peso Bem-sucedida

Tabela 4 – Estratégias/Aspetos Facilitadores de Manutenção da Perda de Peso Bem-sucedida

INTRODUÇÃO

A obesidade e o excesso de peso caracterizam-se pelo aumento excessivo da gordura presente no corpo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024). O número crescente de indivíduos que a obesidade e o excesso de peso afetam tem-se mostrado um problema de saúde pública (Gaio et al., 2018). Entre as causas que estão na base do aparecimento destas complicações de saúde que muitas vezes são também influenciadas por fatores não impactados diretamente pelo controlo dos indivíduos (e.g., genética e toma de alguns tipos de medicamentos), estão uma má alimentação e uma insuficiente prática de atividade física (OMS, 2024). Como complicação de saúde que são, trazem associadas algumas consequências/doenças não transmissíveis, como, doenças cardiovasculares (e.g., hipertensão arterial), doenças pulmonares (e.g., doença pulmonar restritiva), doenças metabólicas e endócrinas (e.g., diabetes *mellitus* tipo 2), doenças músculo-esqueléticas (e.g., osteoartrite), doenças oncológicas (e.g., cancro da mama, cancro da próstata), doenças gastrointestinais e infertilidade (Moreno & Rodrigues, 2018; Sarwer & Polonsky, 2016). Ademais, a obesidade e o excesso de peso relacionam-se com a diminuição da qualidade de vida nos indivíduos com estas patologias, manifestando dificuldade no nível do ajustamento psicológico, uma baixa autoestima, insatisfação com o corpo, culpabilidade, insegurança e, ainda, sintomas de depressão e ansiedade (Chu et al., 2019; Dunn et al., 2018).

Entre os indicadores existentes para classificar a obesidade e o excesso de peso, surge o índice de massa corporal (IMC), cuja fórmula passa pela divisão do peso (kg) pela altura ao quadrado (m^2) do indivíduo (kg/m^2). Existem quatro graus que permitem a classificação do excesso de peso e dos diferentes níveis de gravidade da obesidade. O excesso de peso define-se pelo IMC entre $25 kg/m^2$ e $29.9 kg/m^2$; o primeiro grau de obesidade surge quando o IMC está entre $30 kg/m^2$ e $34.9 kg/m^2$; o segundo grau quando está entre $35 kg/m^2$ e $39.9 kg/m^2$; e o terceiro e mais grave grau de obesidade, quando o IMC é igual ou superior a $40 kg/m^2$ (Katzmarzyk, 2014).

O problema da obesidade e do excesso de peso pode começar a manifestar-se em idade jovem. No ano de 2019, 12% das crianças portuguesas e 17.6% das mesmas encontravam-se na situação de obesidade e excesso de peso, respetivamente (World Obesity Federation Global Obesity Observatory, 2019). Em 2015, dos habitantes de Portugal entre os 25 e os 74 anos, 33.2% das mulheres tinha excesso de peso e 32% tinha obesidade. Paralelamente a isto, 45.5% dos homens estava na situação de excesso de peso e 25% na

condição de obesidade (Gaio et al., 2018). Estes dados mostram uma grande prevalência da obesidade e do excesso de peso, sendo necessário uma alteração no comportamento alimentar, uma maior adesão à prática de atividade física, e ainda, a nível da sociedade, uma maior acessibilidade a escolhas saudáveis independentemente das condições financeiras. Para além destas recomendações, tendo em conta a precocidade do aparecimento destas problemáticas de saúde, é ainda necessário que no que diz respeito às crianças, se diminua a acessibilidade a escolhas pouco saudáveis (OMS, 2024).

A associação da prática de atividade física com a alteração do comportamento alimentar tem-se mostrado a forma mais eficaz para alcançar a perda de peso (Barrea et al., 2022; Johns et al., 2014; Swift et al., 2014). A investigação na área das estratégias eficazes para a perda de peso de Wing e Phelan (2005) tem mostrado a mesma ideia que os autores mencionados, sendo que o abandono destes comportamentos após o alcance da perda de peso está fortemente relacionado com a recuperação do peso inicialmente perdido. Johns et al. (2014) referem que a adesão à dieta por si só e a adesão à dieta conjugada com atividade física vai demonstrar resultados de perda de peso semelhantes a curto prazo. No entanto, a longo prazo, é mais eficaz a conjugação da dieta com a atividade física, do que apenas a adesão à dieta.

No âmbito das dietas, existem as hipocalóricas que podem interferir com o consumo de gorduras (Institute of Medicine, 2004), hidratos de carbono (Last & Wilson, 2006) ou proteínas (Westerterp-Plantenga et al., 2012); as dietas com o objetivo de restringir alimentos específicos: a dieta paleolítica (Genoni et al., 2016); a dieta sem glúten (Freire, 2020); a dieta vegetariana (Barnard et al., 2015); e a dieta mediterrânica (Shai et al., 2008). Ademais, surge a dieta de jejum (Mattson et al., 2017) e os substitutos de refeição que têm a sua relevância no estudo das dietas para a perda de peso (Astbury et al., 2019; Kim, 2021). Para além disto, existem outras abordagens procuradas por quem pretende alcançar a perda de peso, nomeadamente a cirurgia bariátrica que se pode realizar através da banda gástrica, do *bypass* ou do *sleeve* gástrico (Hakim et al., 2011). Para além destes, surge o balão intragástrico, que consiste num procedimento não cirúrgico de eficácia temporária (Crossan & Pura, 2023). Por fim, a utilização de fármacos também é uma alternativa de tratamento para a obesidade e excesso de peso, no entanto, a taxa de sucesso da utilização de fármacos é bastante reduzida uma vez que aquando da interrupção da toma medicamentosa existe a alta probabilidade de recuperar o peso (Cooper & Fairburn, 2001).

Embora a variedade de alternativas para o alcance da perda de peso, parece que tanto a utilização de fármacos, como a realização de cirurgias bariátricas requerem a modificação do estilo de vida, ou seja, a iniciação da prática de atividade física e a alteração com comportamento alimentar. Nem a toma medicamentosa, nem a realização de uma cirurgia, por si só, vai permitir aos indivíduos alcançar uma perda de peso bem-sucedida (Vieira, 2021).

Apesar de serem claras as consequências psicológicas da obesidade e do excesso de peso (e.g., depressão e ansiedade) para quem experimenta estes estados, importa também considerar os antecedentes psicológicos que podem estar relacionados com comportamentos de saúde pouco saudáveis e consequente estado de obesidade ou excesso de peso. O comportamento alimentar disfuncional está relacionado com a compulsão alimentar e comportamentos alimentares pouco saudáveis (e.g., saltar refeições; Nagata et al., 2018). Por este motivo torna-se relevante a introdução do conceito de alimentação emocional que está associado à ingestão de alimentos, por norma mais saborosos e altamente calóricos, como forma de controlar estados emocionais negativos (Kontinen, 2020). O estudo de Attanasio e colaboradores (2023) propõe que indivíduos com dificuldade em controlar impulsos e comportamentos, quando experienciam estados emocionais negativos, tendem a revelar piores comportamentos alimentares. Desta forma, as dificuldades de regulação emocional e a falta de estratégias para lidar com emoções negativas têm vindo a ser associadas à compulsão alimentar e consequente ganho de peso (Howells, 2024).

Tendo em conta que a adesão aos comportamentos saudáveis é crucial para o alcance de uma perda de peso bem-sucedida, quando se aborda o tema da obesidade e do excesso de peso, tem-se refletido acerca da importância das intervenções psicológicas no sentido de facilitar a adoção e manutenção de um estilo de vida mais saudável (Castelnuovo et al., 2017). Uma vez que as temáticas obesidade e excesso de peso estão relacionadas com características psicológicas e revelam as consequências referidas anteriormente (e.g., depressão e ansiedade), a importância da regulação emocional introduzida em cima mostra-se relevante para alcançar uma perda de peso bem-sucedida. Wing e Phelan (2005) observaram que níveis mais elevados de depressão estão relacionados com uma dificuldade em manter a perda de peso, e níveis baixos de depressão estão relacionados com uma facilidade em manter a perda de peso. Considerando a importância da intervenção psicológica no tratamento da obesidade, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma das abordagens psicológicas mais utilizada para intervir nesta temática. Com o objetivo de intervir nas crenças e comportamentos desajustados e colocar o indivíduo ativo no seu processo terapêutico (Warman et al., 2009), tem sido

considerada a abordagem psicológica mais eficaz no tratamento da obesidade e excesso de peso (Castelnuovo et al., 2017). No entanto existem ainda outras terapias consideradas para o tratamento da obesidade, como a psicoterapia interpessoal (Toledo et al., 2023), a terapia comportamental dialética (Braden et al., 2022) e a terapia do esquema (Basile et al., 2019). A relevância da psicologia para o tratamento destas problemáticas é revelada nestas formas de intervir.

A literatura no âmbito da gestão e perda de peso bem-sucedida é escassa. No entanto, é importante considerar a investigação existente e os poucos estudos qualitativos desenvolvidos para ajudar na compreensão de quais as estratégias utilizadas para a perda de peso. Pavlovic e colaboradores (2023) procuraram explorar quais as barreiras e os facilitadores que indivíduos com obesidade e a aguardar artroplastia total do joelho ou quadril consideraram para o controlo do peso. Apesar do estudo ter sido realizado com participantes a aguardar uma cirurgia do joelho ou quadril, é importante que seja mencionado por ser um estudo qualitativo no âmbito da gestão de peso bem-sucedida. Os resultados mostram que os participantes deste estudo revelam que a mudança alimentar (i.e., optar por alimentos mais saudáveis e reduzir a quantidade de comida ingerida de cada vez) é a melhor forma de gestão de peso. Para além disto, os participantes consideram que o consumo de alimentos pouco saudáveis e o pouco suporte social estão relacionados com a dificuldade de controlar o peso. Em conformidade com esta ideia, apesar da particularidade do estudo de Vazin e colaboradores (2016) ter sido realizado com indivíduos com doença mental grave, os resultados sugerem que as estratégias mais eficazes segundo os participantes, estão relacionadas com a prática de atividade física, alteração do comportamento alimentar (e.g., diminuição do tamanho das porções e redução do consumo de açúcares) e suporte social. Ademais, o estudo de Metzgar e colaboradores (2015) realizado com mulheres no âmbito dos facilitadores e barreiras da perda e manutenção do peso, conclui que entre os fatores facilitadores, os participantes identificam o suporte social, o controlo das porções de comida, o exercício físico e o suporte nutricional. Em contrapartida, como barreiras, os participantes identificam, por exemplo, a falta de suporte social e alterações do estado de saúde geral.

Joki e colaboradores (2020) estudaram o papel da infância no controlo do peso ao longo do percurso de vida. Segundo estes autores, por detrás da adoção de estilos de vida mais saudáveis e do sucesso no controlo do peso, estão uma boa educação alimentar (i.e., padrões alimentares dos pais que influenciam as escolhas alimentares ao longo da vida), a autoeficácia (i.e., a confiança nos próprios padrões alimentares facilita uma resposta positiva às ameaças

aos mesmos) e os hábitos (i.e., a criação de hábitos alimentares saudáveis durante a infância vai contribuir para um controlo de peso mais fácil na idade adulta).

Rogerson e colaboradores (2016) distinguem ainda cinco grupos que influenciam a gestão de peso bem-sucedida: os práticos, os cognitivos, os comportamentais, os sociais e os ambientais. Dentro destes grupos, os autores identificam barreiras e facilitadores do comportamento. Segundo os autores, o exercício físico é um facilitador da perda de peso e pertence ao grupo das estratégias práticas; no grupo de estratégias cognitivas, os autores indicam que a literacia alimentar é um facilitador da perda de peso, e o pensamento dicotómico é uma barreira à gestão do mesmo; nas estratégias comportamentais, surge novamente o exercício físico, como facilitador da perda de peso, assim como a auto-monitorização; o suporte social, surge como facilitador e a pressão social como barreira nas estratégias sociais; por fim, a perceção de controlo é facilitadora e os ambientes, barreiras nas estratégias ambientais.

Quando o objetivo é perceber o que está por detrás de uma perda de peso mal-sucedida, os estudos mostram que fracassos anteriores, problemas físicos (Abolhassani et al., 2012), baixos níveis socioeconómicos e perceção de pouco tempo disponível para o processo (Mauro et al., 2008) podem explicar o insucesso da perda de peso. Aquando da identificação de pouco tempo disponível para iniciar o processo de perda de peso ou modificar o comportamento, os substitutos de refeição anteriormente mencionados, podem ser uma alternativa a considerar para o sucesso da perda de peso (Mauro et al., 2008).

No âmbito da mudança comportamental e de forma a compreender as estratégias utilizadas para alcançar esta mudança, o presente estudo utilizou duas taxonomias de mudança de comportamento que são agora expostas.

A *Behaviour Change Techniques Taxonomy* (BCT's) foi introduzida por Abraham e Michie (2008), com o objetivo de criar uma taxonomia universal para as intervenções de mudança comportamental realizadas. Tal facto permitiria a replicação de intervenções por existir um padrão de técnicas, aumentando a confiabilidade das intervenções e os resultados. Existem 93 BCT's, distribuídas por dezasseis grupos: (1) objetivos e planeamento, (2) feedback e monitorização, (3) suporte social, (4) conhecimento, (5) consequências naturais, (6) comparação do comportamento, (7) associações, (8) repetição e substituição, (9) comparação de resultado, (10) recompensa e ameaça, (11) regulação, (12) antecedentes, (13)

identidade, (14) consequências programadas, (15) crença pessoal, e (16) aprendizagem indireta.

A *Oxford Food and Activity Behaviors* (OxFAB) tem um objetivo idêntico ao das BCT's, no sentido em que também pretende categorizar as estratégias utilizadas pelos indivíduos, com a diferença que a OxFAB utiliza estratégias específicas da perda de peso e as BCT's estratégias gerais da mudança comportamental. Para o desenvolvimento desta taxonomia, recorreu-se a uma comparação com teorias (e.g., teoria sociocognitiva, teoria do comportamento planeado) e taxonomias (e.g., BCT's) já existentes. Existem 117 estratégias da OxFAB, distribuídas por 23 domínios: (1) compensação energética, (2) definição de metas, (3) imitação (modelagem), (4) gestão de impulsos: aceitação, (5) gestão de impulsos: consciência dos motivos, (6) gestão de impulsos: distração, (7) gestão de impulsos: adiamento, (8) gestão de impulsos: substituição, (9) procura de informação, (10) motivação, (11) planeamento de conteúdo, (12) programação da dieta e atividades, (13) regulação: permissões, (14) regulação: restrições, (15) regulação: definição de regras, (16) restrição, (17) recompensa, (18) auto-monitorização, (19) controlo de estímulos, (20) suporte: *buddying*, (21) suporte: motivacional, (22) suporte: ajuda profissional, (23) auxiliares de gestão de peso (Hartmann-Boyce et al., 2016; Hartmann-Boyce et al., 2017).

A escolha da BCT e da OxFAB para conduzir esta investigação prende-se com diversos motivos. Primeiramente, a utilização de uma taxonomia de mudança comportamental, desenvolvida com o intuito de possibilitar a replicação da intervenção realizada – objetivo principal da BCT – pareceu essencial não só para aumentar a confiabilidade dos resultados deste estudo, como também permitir a sua replicação. Relativamente à OxFAB, sendo esta taxonomia um inventário das estratégias referidas pela literatura como eficazes para o início e manutenção da perda de peso bem-sucedida, a sua inclusão neste estudo poderá contribuir para colmatar possíveis estratégias que não foram incluídas previamente na taxonomia e ainda, contribuir para a atualização dos domínios existentes.

A investigação acerca de quais as BCT's que possibilitam a manutenção de uma perda de peso bem-sucedida, revela que os grupos de BCT's mais relevantes são (1) objetivos e planeamento, (2) feedback e monitorização, (3) suporte social, (4) conhecimento, (5) consequências naturais, (13) identidade, e (15) crença pessoal (Asbjørnsen et al., 2020; Berry et al., 2023). Apesar disto, o estudo de Asbjørnsen e colaboradores (2020), foi realizado com participantes com obesidade que pretendem a manutenção do peso após a perda.

Relativamente à investigação acerca das estratégias da OxFAB, os resultados do estudo de Paixão e colaboradores (2020) com participantes com sucesso na manutenção do peso após uma perda de peso bem-sucedida, revelam a disponibilidade de alimentos mais saudáveis em casa, do domínio planeamento de conteúdo; a prática de atividade física, do domínio compensação energética; e a redução do consumo de alimentos com gorduras/açúcares e diminuição do consumo de determinados alimentos, do domínio regulação: restrições. Contrariamente, os autores identificaram estratégias do domínio suporte social: apoio profissional, auxiliares de gestão de peso e procura de informação, como as estratégias menos preferidas por quem pretende alcançar a perda de peso bem-sucedida.

Tendo em conta a dificuldade existente no início e manutenção da perda de peso bem-sucedida, o presente estudo teve como objetivo, abordar as estratégias utilizadas para o início e manutenção da perda de peso bem-sucedida, à luz de duas taxonomias de mudança comportamental: BCT's e OxFAB.

Para uma revisão mais alargada da literatura encontrada sobre o tema do estudo, deve consultar-se o Anexo A.

MÉTODO

Desenho do Estudo

O presente estudo segue uma abordagem qualitativa sendo o método de recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas, com o objetivo de explorar informação de forma aprofundada.

Para além disto, o estudo é observacional uma vez que não existe manipulação por parte do investigador sobre as variáveis. É ainda descritivo na medida em que relata informação acerca dos participantes, e transversal, dado que as entrevistas foram recolhidas num único momento (Pais-Ribeiro, 2010).

Participantes

Os critérios de inclusão para a participação no estudo, foram (a) ter idade igual ou superior a 18 anos, (b) ter alfabetização mínima e ser capaz de responder a uma extensa entrevista gravada em áudio e a um questionário de caracterização, (c) ter conseguido uma perda de peso igual ou superior a 7% do peso inicial, d) estar numa condição antropométrica de excesso de peso/obesidade ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$) antes de iniciar a perda de peso (e) ter no mínimo 12 meses de manutenção do peso perdido. Relativamente aos critérios de exclusão, este foi apenas a eliminação de pessoas que recusavam a gravação da entrevista (Rosas et al., 2019).

A amostra inicial era composta por 60 participantes, no entanto, três indivíduos foram excluídos por falta de entrega do questionário de caracterização após o término da entrevista, pelo que não constam na caracterização da amostra apresentada nas tabelas expostas em baixo (mas foram incluídos nos dados apresentados nos resultados). Os 57 participantes tinham idades compreendidas entre os 20 e os 66 anos ($M=41.96$; $DP=13.06$). Características sociodemográficas como o sexo, a situação profissional e o nível de escolaridade dos participantes são expostas abaixo (Tabela 1).

Dados referentes às características da saúde da amostra, como a existência de problemas de saúde e perturbações psicológicas, se os participantes fazem exercício físico, o número de tentativas de perda de peso anteriores (bem-sucedidas e mal-sucedidas), o método que utilizaram para alcançarem a perda de peso e o IMC ($Min.=21.64\text{ kg/m}^2$; $Máx.=29.70\text{ kg/m}^2$; $DP=2.32$) foram recolhidos antes das entrevistas e são expostos na tabela apresentada abaixo (Tabela 2).

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

Características sociodemográficas	n (%)
Sexo	
Feminino	37 (64.9)
Masculino	20 (35.1)
Situação profissional	
Ativo	42 (73.7)
Desempregado	6 (10.5)
Reformado	3 (5.3)
Outro	3 (5.3)
Omisso	3 (5.3)
Nível de escolaridade	
Escola primária (4 anos ou menos)	3 (5.3)
Escola primária (6 anos)	1 (1.8)
Ensino médio (9 anos)	7 (12.3)
Ensino médio (12 anos)	9 (15.8)
Licenciatura	4 (7)
Pós-graduação	26 (45.6)
Mestre	1 (1.8)
Doutorado	2 (3.5)
Outro	3 (5.3)
Omisso	1 (1.8)

Tabela 2*Características da Saúde da Amostra*

Característica da saúde	n (%)
Doença recente	
Sim	15 (26.3)
Não	41 (71.9)
Omisso	1 (1.8)
Perturbação psicológica	

Sim	10 (17.5)
Não	46 (80.7)
Omisso	1 (1.8)
Exercício/atividade física	
Sim	44 (77.2)
Não	12 (21.1)
Omisso	1 (1.8)
Número de tentativas de perda de peso bem-sucedida	
0	2 (3.5)
1 – 4	43 (75.5)
> 5	6 (10.6)
Omisso	6 (10.5)
Número de tentativas de perda de peso mal-sucedida	
0	22 (38.6)
1 – 4	10 (17.6)
> 5	2 (3.6)
Omisso	23 (40.4)
Método de perda de peso	
Mudança de comportamentos alimentares	19 (33.3)
Mudança de comportamentos alimentares + Exercício/atividade física	18 (31.6)
Cirurgia	6 (10.5)
Mudança de comportamentos alimentares + Outro	3 (5.3)
Cirurgia + Mudança de comportamentos alimentares + Exercício/atividade física	3 (5.3)
Exercício/atividade física	2 (3.5)
Cirurgia + Mudança de comportamentos alimentares	1 (1.8)
Outro	1 (1.8)
Todas as opções (Mudança de comportamentos alimentares + Exercício/atividade física + Cirurgia + Outro)	1 (1.8)
Omisso	3 (5.3)
IMC	
Peso saudável (18.5 - 24.9 kg/m ²)	25 (43.9)
Excesso de peso (25 - 29.9 kg/m ²)	32 (56.1)

Material

Os dados do presente estudo pertencem a um projeto relativo à obesidade e à perda de peso bem-sucedida, que decorreu no *William James Center for Research (WJCR)*, do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Questionário de Triagem

De forma a verificar se os participantes correspondiam aos critérios de inclusão do estudo e se estavam elegíveis à participação no mesmo, responderam inicialmente a um questionário de triagem, que continha perguntas relacionadas com o peso prévio ao início da perda de peso; o peso que conseguiu perder desde o início da perda de peso, até à data da entrevista; há quanto tempo conseguiu perder 7% do seu peso corporal; e qual o seu peso à data da entrevista. O questionário pode ser consultado no Anexo B.

Consentimento Informado

Previamente à realização das entrevistas, foi apresentado a todos os participantes o consentimento informado (Anexo C) que deveriam ler e assinar no caso de concordarem com as informações apresentadas: apresentação da equipa; apresentação da investigação; objetivo do estudo; possibilidade de desistência do estudo a qualquer momento sem consequências para o próprio; confidencialidade dos dados partilhados na participação; referência à possibilidade de aceder, posteriormente, aos resultados do estudo.

Autorização Para a Gravação da Entrevista

Para além disto, foi ainda apresentada aos participantes a autorização para a gravação da entrevista (Anexo D), que também deveria ser devidamente assinada pelos participantes.

Guião da Entrevista

Sendo o objetivo deste estudo qualitativo, abordar os fatores de início e manutenção da perda de peso bem-sucedida, o método de recolha de dados, foi através de entrevistas semiestruturadas, que pretenderam explorar as estratégias utilizadas pelos participantes no

processo de início e manutenção da perda de peso. O segmento do protocolo de entrevista, relativo ao tema deste estudo foi extraído do extenso protocolo da investigação do WJCR e pode ser consultado no Anexo E.

De forma a explorar os fatores de início da perda de peso bem-sucedida, foram colocadas questões como: “O que acha que contribuiu para começar a perder peso? O que fez nessa altura para iniciar o processo de emagrecimento?”. No sentido de explorar os fatores de manutenção da perda de peso bem-sucedida, as questões colocadas foram por exemplo: “Depois de ter perdido grande parte do peso, na sua opinião, o que contribuiu para conseguir manter este novo peso, mais baixo?”.

Questionário Sociodemográfico e Questionário da Saúde

Previamente à realização das entrevistas, os participantes responderam ao questionário sociodemográfico e ao questionário com questões relacionadas com a saúde, que pode ser consultado no Anexo F.

Procedimento

Primeiramente foi estabelecido o contacto com entidades que permitissem a aquisição de população elegível para o estudo (i.e., indivíduos com uma perda de peso bem-sucedida). Apresentou-se o projeto à Comissão de Ética, e após este ter sido aprovado (Anexo G), iniciou-se o estudo.

Na eventualidade dos indivíduos demonstrarem interesse em participar no estudo, seriam posteriormente contactados pela equipa de investigação. Após este contacto, seria apresentado o questionário de triagem e no caso de cumprirem os critérios de inclusão, apresentava-se o consentimento informado e a autorização para a gravação em áudio da entrevista. Posto isto, realizou-se a entrevista e os participantes preencheram o questionário sociodemográfico e o questionário da saúde.

As entrevistas realizaram-se na universidade responsável pela realização do estudo, ou em salas das entidades com quem se estabeleceu o contacto para a colaboração com o estudo. No caso, excepcional, dos participantes a residirem fora de Lisboa, colocou-se a hipótese de realizar a entrevista telefonicamente. No último caso, o consentimento informado e a autorização para a gravação em áudio da entrevista, foram passadas verbalmente, enquanto o questionário de triagem e o questionário sociodemográfico e da saúde foram enviados por

email ao participante. Em qualquer local onde decorreu a entrevista, procurou-se sempre garantir as condições adequadas à realização de entrevistas.

Por fim, agradeceu-se a participação aos participantes, em nome da equipa de investigação e facultaram-se os contactos desta mesma equipa para eventuais questões adicionais acerca da investigação e respetivos resultados.

Tanto o conteúdo verbal como o conteúdo não verbal (e.g., risos e pausas) das gravações das entrevistas foi transcrito e posteriormente procedeu-se à análise de dados. Para este efeito, recorreu-se à utilização do *software* MAXQDA 24.

Análise de Dados Qualitativa – Análise Qualitativa de Conteúdo

De forma a compreender e analisar dados na área da saúde, recorre-se frequentemente à análise qualitativa de conteúdo (Assarroudi et al., 2018). Esta análise pode ser convencional ou dirigida, de acordo com o tipo de objetivo pretendido no estudo. Neste estudo, o tipo de análise utilizada foi a dirigida.

A análise de conteúdo dirigida é uma abordagem maioritariamente dedutiva, que procura ter como base uma teoria. A utilização deste tipo de abordagem surge quando já existe informação sobre aquilo que se está a estudar (e.g., teoria) e se pretende testar ou aprofundar o tema em estudo. Contrariamente ao conceito da abordagem maioritariamente indutiva, a abordagem dedutiva procura especificar algo que está mais generalizado (Elo & Kyngäs, 2007). Desta forma, a análise de dados dirigida ajuda no aperfeiçoamento da abordagem convencional (Assarroudi et al., 2018).

Considerando os artigos anteriormente publicados sobre o método de análise de conteúdo dirigida, um estudo mais recente de Assarroudi e colaboradores (2018), integra os aspetos positivos dos métodos apresentados e inclui novos aspetos, sugerindo um novo método de análise. A análise de conteúdo dirigida realiza dois processos de codificação (i.e., definição de códigos), um antes (categorias dedutivas) e outro durante a análise de dados (categorias emergentes), de forma a verificar que os códigos baseados na análise de dados vão ao encontro dos códigos pré-existent nas teorias (Assarroudi et al., 2018; Hsieh & Shannon, 2005), deixando porém espaço para emergirem categorias de forma indutiva. Segundo os autores, existem 16 etapas divididas por três fases: preparação, organização e relatório. A primeira fase é composta por sete etapas: (1) adquirir as competências gerais necessárias (os investigadores devem desenvolver competências como pensamento crítico, capacidade de

reflexão, pensamento criativo), (2) selecionar a estratégia de amostragem apropriada, permitindo o acesso a informação relevante acerca do tema do estudo, (3) decidir sobre a análise do conteúdo manifesto (texto transcrito da entrevista) e/ou latente (postura, silêncios, pausas, risos), que devem ser considerados de forma a permitir um melhor entendimento dos dados, (4) desenvolver um guião de entrevista, com questões que tenham na sua base o objetivo do estudo, (5) conduzir e transcrever as entrevistas, sendo que a transcrição deve ser feita logo após o término da entrevista. Tendo em consideração que os dados do estudo pertencem a um projeto já existente do WJCR, a análise de conteúdo dirigida, neste trabalho, iniciou-se apenas no ponto (6) especificar a unidade de análise na entrevista a ser analisada (7) estar imerso em dados (reler várias vezes as entrevistas vai permitir identificar melhor significados relacionados; Assarroudi et al., 2018).

No que diz respeito à fase da organização, os autores sugerem como etapas de continuação o (8) desenvolver de uma matriz de categorização formativa (no caso do presente estudo, as dimensões e estratégias da BCT e OxFAB), com base no conhecimento prévio em teorias existentes, que vai permitir o surgimento de novas, ou já existentes categorias principais, (9) definir teoricamente as principais categorias e subcategorias, novamente, com base em teorias existentes, (10) determinar as regras de codificação para as categorias principais (vai permitir que exista um maior saber acerca das propriedades das mesmas, contribuindo para uma melhor fiabilidade), (11) pré-teste da matriz de categorização, sendo uma etapa de codificação e posterior discussão dos pontos negativos da utilização da matriz (torna-se crucial quando existe mais do que um investigador no processo), (12) escolher e especificar um exemplo ou algo que identifique cada categoria principal, (13) realizar a análise dos dados principais (através desta análise, vão definir-se os códigos preliminares), (14) abstração indutiva das categorias principais dos códigos preliminares (os códigos definidos na etapa anterior são agrupados em categorias principais, conforme se assemelham ou diferenciam uns dos outros), (15) estabelecimento de ligações entre categorias genéricas e categorias principais (permite agrupar categorias genéricas em categorias principais já existentes, e ainda a criação de novas; Assarroudi et al., 2018).

Por fim, a fase de relatório, surge com a etapa (16) relatar todas as etapas da análise de conteúdo dirigida e descobertas (Assarroudi et al., 2018).

As entrevistas foram analisadas individualmente e cada excerto relativo a estratégias de início/manutenção da perda de peso bem-sucedida foi codificado. Uma vez que o presente estudo se baseia em duas taxonomias de mudança comportamental (BCT e OxFAB), às

estratégias identificadas ao longo do trabalho, foram associadas estratégias das taxonomias, sempre que as definições se cruzavam, não havendo repetição de nenhuma BCT e OxFAB, nas estratégias identificadas neste estudo, nem havendo associação de BCT e OxFAB quando existe distinção na definição das estratégias.

Apesar disto, ambas as taxonomias fazem referência ao suporte social, as BCT's distinguem entre suporte social inespecífico (suporte social/elogios/recompensas não dependentes da realização do comportamento), suporte social prático (ajuda prática para a realização do comportamento) e suporte social emocional (suporte emocional para a realização do comportamento); enquanto a OxFAB distingue entre suporte proveniente de amigos, suporte motivacional e suporte proveniente de ajuda profissional. Com o intuito de perceber o tipo de suporte que os indivíduos obtiveram (i.e., inespecífico, prático ou emocional), às estratégias da OxFAB foram associadas as diferentes BCT's de suporte social, com o objetivo de não perder dados que poderiam ser relevantes para o estudo, i.e., o tipo de suporte recebido por cada pessoa identificada (pelo participante), como fonte deste apoio. Tal facto, teve como objetivo perceber a pertinência da taxonomia da OxFAB, distinguir entre diferentes tipos de suporte social, como faz a taxonomia das BCT's.

RESULTADOS

A análise de dados das 60 entrevistas realizadas, revelou 3.893 segmentos codificados, distribuídos por 327 códigos. Do número total de segmentos codificados, 2.427 são referentes a estratégias de início da perda de peso bem-sucedida, distribuídos por 181 códigos. Os restantes 1.466 segmentos codificados, são relativos a estratégias de manutenção da perda de peso bem-sucedida e estão distribuídos por 146 códigos.

Tendo em conta o vasto número de estratégias indicadas ao longo das entrevistas, a secção destinada aos resultados apenas apresentará as dez estratégias de início da perda de peso e as dez estratégias de manutenção da perda de peso mais frequentemente mencionadas pelos participantes. Para uma consulta mais detalhada sobre todas as estratégias existentes (apresentadas por ordem alfabética), assim como as suas definições, exemplos, frequência e ainda, possíveis associações com as taxonomias, deverá consultar-se o Anexo H para as estratégias de início da perda de peso bem-sucedida e o Anexo I para as estratégias de manutenção da perda de peso bem-sucedida.

Estratégias e Aspectos Facilitadores do Início da Perda de Peso Bem-sucedida

Iniciando com as estratégias de início da perda de peso bem-sucedida, na Tabela 3, pode verificar-se as dez estratégias mais mencionadas pelos participantes, a definição, um exemplo, a quantidade de segmentos codificados e o número de participantes que a referem.

A estratégia de início da perda de peso bem-sucedida mais comumente relatada pelos participantes do estudo, com 135 codificações em 42 das entrevistas, refere-se ao *suporte social de um nutricionista*, sem especificar o tipo de apoio dado por este profissional, mencionando apenas o apoio prestado. Os participantes relataram frequentemente se terem deslocado a uma consulta de nutrição de forma a alcançarem a perda de peso. Esta estratégia está relacionada com a estratégia da OxFAB: Obter Apoio de um Serviço ou Profissional Dedicado à Perda de Peso, que pertence ao domínio Suporte: Ajuda Profissional.

De seguida, com 82 codificações em 35 entrevistas, surge novamente a indicação da importância do suporte social proveniente de um nutricionista, desta vez com referência à ajuda prática (*suporte social prático: nutricionista*). Nestas codificações observa-se que os participantes tiveram algo instrumental, oferecido por um nutricionista, no início do processo de perda de peso (nomeadamente um plano de dieta). Esta estratégia está também relacionada com a estratégia da OxFAB: Obter Apoio de um Serviço ou Profissional Dedicado à Perda de

Peso, pertencente ao domínio Suporte: Ajuda Profissional, com a diferença que desta vez se relaciona também com a BCT 3.2. Suporte Social Prático.

Seguidamente, com 81 codificações em 38 entrevistas, os indivíduos descreveram a *mudança no comportamento alimentar*, como importante para o início da perda de peso bem-sucedida. Contrariamente às estratégias até aqui apresentadas, este conteúdo que remete para a mudança de um comportamento alimentar é inespecífico e por isso não é possível aproximar de nenhuma estratégia das taxonomias que o estudo tem de base.

Imediatamente a seguir, surge a referência ao *planeamento de conteúdo: criação de um plano de exercícios* para a perda de peso, com 73 codificações em 19 entrevistas. Verifica-se nos segmentos codificados uma consciência da importância da atividade física para o processo de início da perda de peso. Esta estratégia relaciona-se com a estratégia da OxFAB: Criar um Plano de Exercícios, do domínio Planeamento de Conteúdo, e com a BCT 1.4. Planeamento de Ação.

Ademais, surge a percepção de *autoeficácia* (crença pessoal acerca da capacidade individual para executar determinado comportamento/tarefa; Bandura, 1982) para implementar algo relacionado com a diminuição do peso no início do processo de perda de peso, com 69 codificações em 30 entrevistas. Esta estratégia também não está relacionada com nenhuma estratégia das taxonomias, uma vez que se trata de um mecanismo de ação.

A *percepção de mudanças de peso* foi também um processo relatado pelos participantes, caracterizada pela percepção de que ocorreu uma diminuição do peso, sem uma medida específica e sem planear uma medição frequente. Embora esta estratégia não esteja relacionada com nenhuma estratégia das taxonomias, surge com 68 codificações em 30 entrevistas.

Com alguma proximidade no número de codificações das últimas duas estratégias/processos referidos em cima, surge com 67 segmentos codificados em 37 entrevistas, a *intenção* (i.e., os indivíduos manifestam ter intenção para o início da perda de peso), sem estar relacionada com estratégias das taxonomias, por novamente se tratar de um mecanismo de ação.

Por sua vez, a referência à *diminuição do consumo de alimentos: quantidades*, de forma a iniciar uma perda de peso bem-sucedida, é referida por 24 dos participantes, tendo 62 segmentos codificados. Esta estratégia não está totalmente relacionada com nenhuma das estratégias das taxonomias, apesar disso considera-se a sua proximidade com a estratégia da

OxFAB: Comprar Quantidades Menores, do domínio Controlo de Estímulos, uma vez que a mesma faz referência à diminuição das quantidades com a particularidade de mencionar o ato de comprar (menos quantidades).

Posteriormente, surge a referência à *persistência/compromisso: comida* que o próprio sente ter para cumprir o plano alimentar. Apesar da BCT 1.9. Compromisso, não fazer especificamente referência ao plano alimentar, faz referência ao compromisso individual para realizar determinado comportamento, pelo que associou a estratégia, com 61 segmentos identificados por 33 dos participantes do estudo, à mesma BCT.

Por fim, nas dez estratégias de início da perda de peso mais frequentes, surgem com um empate de 56 segmentos codificados, a referência à realização de uma *cirurgia* como relevante para o início da perda de peso, e o *desenvolvimento de literacia alimentar: (com a ajuda de um) nutricionista*. A estratégia relativa à *cirurgia* foi referida por 13 dos participantes, enquanto o *desenvolvimento de literacia alimentar: nutricionista*, no início da perda de peso, foi referida por 26 dos participantes e está relacionada com a BCT 4.1. Instruções Sobre como Desempenhar o Comportamento.

Tabela 3

Estratégias/Aspetos Facilitadores de Início da Perda de Peso Bem-sucedida

Estratégia/ Aspetos facilitadores	Definição	BCT e/ou OxFAB	Exemplo	Frequência de menções (n de participantes)
Estratégias/Aspetos facilitadores de início da perda de peso bem-sucedida				
Suporte social formal: nutricionista	Explicitação do acompanhamento (sem especificação) por um nutricionista como importante/útil no início do	OxFAB. Suporte: Ajuda Profissional: Obter Apoio de um Serviço ou Profissional Dedicado à Perda de Peso.	“Então, pronto, optei por ir mesmo para a nutricionista.”	135 (42)

	processo de perda de peso.			
Suporte social formal prático: nutricionista	Explicitação do acompanhamento o prático de um nutricionista como importante/útil no início do processo de perda de peso.	BCT. 3.2. Suporte Social (Prático) OxFAB. Suporte: Ajuda Profissional: Obter Apoio de um Serviço ou Profissional Dedicado à Perda de Peso.	“E então, eu segui realmente o plano da nutricionista (...).”	82 (35)
Mudança do comportamento alimentar	Descrição de uma mudança no comportamento alimentar.		“Foi passar a comer de uma forma melhor, antes comia de facto de uma forma má ou pior. E passei a comer de uma forma melhor, mais saudável (...).”	81 (38)
Planeamento de conteúdo: criação de um plano de exercícios	Iniciar a prática de exercício físico no início do processo de perda de peso, para gerir o peso ou problemas de saúde que	BCT. 1.4. Planeamento de Ação. OxFAB. Planeamento de Conteúdo: Criar um Plano de Exercícios.	“(...) foi o criar da rotina dos exercícios (...).”	73 (19)

	tenham surgido como consequência do excesso de peso.		
Autoeficácia	Percepção de autoeficácia, no início da perda de peso, para implementar/fazer algo relacionado com a diminuição do peso traduzindo-se em percepção de facilidade.	“Que não custa. Não custa e se quiser consegue. Não custa, é racional, se quiser consegue.”	69 (30)
Percepção: mudanças de peso	Perceber uma diminuição de peso sem uma medida adequada e sem planejar uma medição sistemática.	“(...) não faço ideia de valores [do peso], mas também houve uma grande diferença (...) a nível mesmo visível no corpo.”	68 (30)
Intenção	Manifestação de intenção para o início da perda de peso.	“Um dia, um dia disse a mim mesmo <i>Eu tenho que mudar, vou mudar, (...)</i> ”	67 (37)
Diminuição do consumo de alimentos: quantidades	Diminuição das quantidades sem especificação.	“Comecei a comer metade do que comia, enfim... Metade	62 (24)

			ao pequeno-almoço (...).”	
Persistência/ compromisso: comida	Indicação de persistência/ compromisso/ disciplina para iniciar o comportamento alimentar.	BCT. 1.9. Compromisso	“(...) eu também consegui (...) fazer esse programa todo “certinho, direitinho” (...) e daí eu achar que as coisas funcionaram bem (...).”	61 (33)
Cirurgia	Referência à realização de uma cirurgia (e.g., banda gástrica) como relevante para o início da perda de peso.		“(...) e, portanto, é obvio que a cirurgia ajudou muito (...).”	56 (13)
Desenvolvimento de literacia alimentar: nutricionista	Referência à aquisição de informação/aprendizagem feita acerca de ações relevantes para a perda de peso (informação/aprendizagem proveniente de um nutricionista).	BCT. 4.1. Instruções Sobre Como Desempenhar o Comportamento.	“(...) a doutora nutricionista ensinou-me que posso comer todos os dias um pão ou com fiambre ou com queijo, ou com manteiga, não pode é mais do que um elemento.”	56 (26)

Estratégias e Aspectos Facilitadores de Manutenção da Perda de Peso Bem-sucedida

O mesmo processo para as estratégias de início da perda de peso foi realizado para as estratégias de manutenção da perda de peso bem-sucedida. Desta forma, a Tabela 4 revela a definição, um exemplo, a quantidade de segmentos codificados e a frequência de participantes.

A estratégia de manutenção da perda de peso bem-sucedida mais frequente nas entrevistas dos participantes do estudo, foi a referência à *programação da atividade física*, com 116 codificações em 38 entrevistas. A prática de atividade física que se mostrou relevante no início da perda de peso continua a ser importante, na perspectiva dos participantes, para a manutenção do peso perdido. Esta estratégia está relacionada com a estratégia da OxFAB: Programar a Atividade Física, do domínio Programação da Dieta e da Atividade.

Logo de seguida, com 83 codificações em 37 entrevistas surge a referência à *criação de hábitos* para a manutenção da perda de peso bem-sucedida. Os hábitos podem ser comportamentos interiorizados do início da perda de peso. A estratégia está relacionada com a BCT 8.3. Criação de Hábitos.

Ademais, os participantes também referiram a *perceção de mudanças de peso*, que consiste na atenção a pequenas alterações de peso, como importante para o processo de manutenção da perda de peso bem-sucedida. Esta estratégia surge com 77 codificações em 35 entrevistas e não está relacionada com nenhuma estratégia das taxonomias de base.

À semelhança dos aspectos facilitadores de início da perda de peso, também na manutenção do peso, a *autoeficácia* foi relatada pelos participantes. A autoeficácia surge com 71 codificações em 37 entrevistas e é caracterizada pela perceção de que já tendo sido capazes de perder o peso, serão capazes de manter essa perda independentemente da ajuda de outros, percecionando autoeficácia para o comportamento.

Imediatamente a seguir, surge com 54 codificações em 27 entrevistas, a referência à *regulação: permissões* durante a manutenção da perda de peso. Esta estratégia tem como objetivo permitir a ingestão de um alimento calórico, em quantidades ou tempo controlados, excecionalmente (não de forma rotineira) para saciar um desejo e está relacionada com a estratégia da OxFAB: Permitir Fazer Batota ou Comer Refeições, Horas ou Dias Depois de Restringir Durante um Determinado Período de Tempo, pertencente ao domínio Regulação: Permissões.

A referência à existência de *persistência/compromisso*, relacionada com a BCT 1.9. Compromisso, para a manutenção da perda de peso também foi uma das estratégias mais mencionadas pelos participantes, com 48 segmentos codificados em 24 entrevistas.

A *intenção de manter* o peso perdido, utilizando estratégias anteriormente adquiridas ou novas estratégias para manter o baixo peso, e ter como *objetivo: evitar a recuperação do peso perdido*, por não querer voltar a experimentar o estado de obesidade ou excesso de peso anteriormente experimentado, são duas estratégias que surgem com o mesmo número de segmentos codificados. A primeira com 36 codificações em 19 entrevistas e a segunda com 36 codificações em 24 entrevistas.

A estratégia *restrição: alguns períodos serão mais restritos que outros*, que consiste na aceitação de que alguns períodos vão ser mais restritos no que toca à alimentação, do que outros, está relacionada com a estratégia da OxFAB: Aceitar que Alguns Períodos Terão Mais Restrições Alimentares do que Outros (flexíveis), do domínio Restrição. Conta com 34 segmentos codificados em 20 entrevistas.

Por último nas dez estratégias mais frequentes para a manutenção da perda de peso bem-sucedida, surge a referência à existência de *persistência/compromisso: (sobre a) comida*, está relacionada com a BCT 1.9. Compromisso. À semelhança do que aconteceu nas estratégias de início da perda de peso, também se mostrou entre as mais frequentes para a manutenção do peso perdido, com 31 codificações em 20 entrevistas.

Tabela 4

Estratégias/Aspetos Facilitadores de Manutenção da Perda de Peso Bem-sucedida

Estratégia/ Aspetos facilitadores	Definição	BCT e/ou OxFAB	Exemplo	Frequência de menções (n de participantes)
Estratégias/ Aspetos facilitadores de manutenção da perda de peso bem-sucedida				
Programação da atividade física	Referência à prática de atividade física regular.	OxFAB. Programação da Dieta e da Atividade:	“(…) o meu plano de treinos, (…) alterou por completo, faço muito mais	116 (38)

		Programar Atividade Física.	exercício (...) tenho, treino 6 vezes por semana (...) levanto-me às 6h30 da manhã para conseguir treinar todos os dias (...).”	
Criação de hábitos	Interiorização de regras/estratégia s de manutenção da perda de peso bem-sucedida.	BCT. 8.3. Criação de Hábitos.	“Foi o ganhar certos hábitos. Eu acho que é essencialmente isso. O internamente pronto, é o ganhar de certos hábitos (...).”	83 (37)
Percepção: mudanças de peso	Estar atento a pequenas alterações de peso durante a manutenção.		“(...) ainda que sei que neste momento tenho mais dois, três quilos (...).”	77 (35)
Autoeficácia	Constatação de que foi capaz de perder e/ou é capaz de continuar a fazer por ela própria uma perda/manutenção o da perda de peso,		“(...) porque eu antes fiquei obeso e agora consegui voltar outra vez e consegui e tenho-me sempre mantido ao longo dos anos (...).”	71 (37)

	independentemente de outros recursos ou ajudas externas.			
Regulação: permissões	Ingestão de um alimento calórico, em quantidades ou tempo controlados, excepcionalmente (não de forma rotineira) para saciar um desejo	OxFAB. Regulação: Permissões: Permitir Fazer Batota ou Comer Refeições, Horas ou Dias Depois de Restringir Durante um Determinado Período de Tempo.	“(...) como um gelado de vez em quando.”	54 (27)
Persistência/ compromisso	Indicação de persistência/ compromisso/ disciplina para manter o comportamento.	BCT. 1.9. Compromisso	“Disciplina e organização e controlo, controlo semanal, obrigatório, que fiz em paralelo entre a diabetes e peso.”	48 (24)
Intenção de manter	Intenção de manter as estratégias utilizadas/atuais para manter o menor peso já alcançado.		“Mas tem de ser, porque eu tenho de estar em dieta para o resto da vida, basicamente.”	36 (19)

Objetivo: evitar recuperar o peso perdido	Rejeição da possibilidade de voltar a recuperar o peso perdido ou a reexperienciar o estado de obesidade, excesso de peso, ou ultrapassar um valor definido como referencial máximo pelo próprio.		“Há uma coisa que eu não quero, é voltar a estar gordinha, não quero.”	36 (24)
Restrição: alguns períodos serão mais restritos que outros	Aceitar que em alguns momentos, vai ter de se seguir uma alimentação mais rígida, do que noutros.	OxFAB. Restrição: Aceitar que Alguns Períodos Terão Mais Restrições Alimentares do que Outros (flexíveis).	“Um desvario por semana. (...) depois equilibrar outra vez.”	34 (20)
Persistência/ Compromisso: comida	Indicação de persistência/compromisso/disciplina para manter o comportamento alimentar.	BCT. 1.9. Compromisso	“Foi um processo que precisei de disciplina (...)”	31 (20)

DISCUSSÃO

A incidência do problema da obesidade e do excesso de peso na população, tanto a nível nacional, como a nível mundial, é cada vez mais impactante e um problema de saúde pública (Gaio et al., 2018). Considerando as dificuldades até aqui expostas para iniciar e manter a perda de peso, seja por via do abandono da prática de atividade física e mudança do comportamento alimentar que levam à recuperação do peso perdido (Wing & Phelan, 2005); seja por via da realização de cirurgias ou utilização de fármacos que não são eficazes por não existir uma mudança do estilo de vida associada à intervenção cirúrgica/toma farmacológica (Vieira, 2021); seja por dificuldades financeiras ou perceção de pouco tempo disponível para iniciar a mudança comportamental (Mauro et al., 2008); importa perceber que estratégias estão por detrás de uma perda de peso bem-sucedida.

Tendo em conta a problemática, o objetivo do presente estudo foi compreender, através de relatos de 60 indivíduos com anterior excesso de peso ou obesidade e sucesso na perda de peso, quais as estratégias que utilizaram para atingirem a diminuição do peso (i.e., estratégias de início da perda de peso bem-sucedida) e quais as estratégias que utilizaram para manter a perda conseguida (i.e., estratégias de manutenção da perda de peso bem-sucedida). Para tal, escolheram-se as duas taxonomias (BCT e OxFAB) anteriormente apresentadas para guiar a investigação e compreender que estratégias introduzidas pelas taxonomias são relevantes para a perda de peso bem-sucedida, segundo os participantes incluídos no estudo.

O presente estudo observou que a estratégia mais importante para o início da perda de peso bem-sucedida está relacionada com o acompanhamento de um nutricionista no processo de perda de peso (*suporte social formal: nutricionista*). Para além disto, aquando da associação do suporte da OxFAB com o suporte da BCT, observou-se que a segunda estratégia mais referida no início da perda de peso, foi a associação da mesma estratégia da OxFAB com a BCT Suporte Social: Prático (*suporte social formal prático: nutricionista*), que se refere ao apoio prático de um nutricionista. Estes dados mostram a importância de especificar o tipo de apoio a que a estratégia da OxFAB se refere (à semelhança da distinção feita nas BCT's), para além de especificar o profissional ou serviço de saúde que procura, uma vez que o apoio é muito mais procurado em nutricionistas do que em médicos ou fisioterapeutas, por exemplo.

Embora neste estudo a procura de um profissional de saúde, especificamente, de um nutricionista, para alcançar a perda de peso, se mostre relevante, a literatura contradiz este

facto. O estudo desenvolvido por de Heer et al. (2019) observou que apenas um em cada dez indivíduos com obesidade ou excesso de peso, recorre a um profissional de saúde para alcançar uma perda de peso bem-sucedida: dos participantes que referiram a procura de um profissional de saúde, 4.7% referiam-se a um nutricionista, 3% a um *personal trainer*, e 2.8% a um médico. Embora os resultados mostrem que a procura de um nutricionista é mais provável do que a procura de outros profissionais de saúde, tal como mostram os resultados do presente estudo, existe uma grande discrepância entre os resultados de ambos os estudos. Para de Heer et al. (2019), a procura de um profissional de saúde não se mostra relacionada com a perda de peso enquanto para o presente estudo, o acompanhamento de um profissional de saúde, parece estar associado com a perda de peso bem-sucedida. Estas diferenças podem ser explicadas pelos métodos de perda de peso escolhidos pelos participantes deste estudo, que envolvem a mudança do comportamento alimentar, muitas vezes facilitada pelo acompanhamento de um nutricionista. Apesar dos resultados dos estudos não irem ao mesmo encontro, deve ter-se ainda em consideração as diferenças culturais que podem estar na origem destas discrepâncias, uma vez que o estudo de de Heer e colaboradores (2019) representa a população dos Estados Unidos e o presente estudo representa uma amostra da população portuguesa. Uma vez que o objetivo deste estudo esteve relacionado com as estratégias de perda de peso eficazes e não com a importância do nutricionista para o mesmo fim, um estudo que aborde exclusivamente a importância deste apoio para o alcance da perda de peso na população portuguesa, poderá ser relevante. Ademais, poderá ser também interessante, comparar a procura do nutricionista com a procura de outros profissionais de saúde em outras amostras, uma vez que no caso do presente estudo, o facto da população recolhida ter seguimento nutricional em contexto hospitalar/clínico, poderá explicar esta tendência/preferência.

Contrariamente, Grief e Miranda (2010) sustentam que a manutenção da perda de peso bem-sucedida é positivamente impactada pelo apoio de um profissional de saúde (e.g., nutricionista, médico). Tal facto vai ao encontro do encontrado pelo presente estudo. Sendo a literatura acerca da associação do apoio profissional com a perda de peso bem-sucedida contraditória, lembrando a possibilidade de se dever ao facto de grande parte da amostra do presente estudo ter sido recolhida em contexto hospitalar/clínico, confirma-se a necessidade de investigar mais acerca desta associação,

Ainda no que diz respeito ao acompanhamento por um nutricionista, vários participantes deste estudo, referem o *desenvolvimento de literacia alimentar*: (por parte de

um) *nutricionista*. Apesar desta estratégia se relacionar com a BCT 4.1. Instruções Sobre Como Desempenhar o Comportamento, e se mostrar relevante para a perda de peso (e.g., relacionada com dieta e exercício físico), não existe respetiva referência na OxFAB. Uma visão clara do conceito de literacia alimentar assim como os seus determinantes e fatores influentes, pode ser encontrada na Roda de Literacia Alimentar proposta por Rosas et al. (2019) no âmbito da investigação sobre o tema. Os autores apresentam os comportamentos/competências essenciais relacionados com a alimentação (i.e., habilidades culinárias, conservar e analisar, pesquisar e planear, e escolher e adquirir), o conhecimento procedimental e declarativo associado às competências referidas, os determinantes da literacia alimentar (internos e externos), e os fatores influentes (i.e., saúde, contextos de aprendizagem, política, indústria, sustentabilidade, sociais, culturais, nutricionais e psicológicos). Dado que a literacia alimentar está relacionada com a mudança do comportamento, a investigação de Rosas et al. (2019), juntamente com os resultados do presente estudo, poderá contribuir para uma possível introdução do conceito na taxonomia da OxFAB. Uma vez que a procura de informação, junto de outros (e.g., nutricionistas), se mostrou relevante no presente estudo e é considerada por Rosas et al. (2019) como importante, investigar a possibilidade desta inclusão poderá ser uma mais-valia. Para além disto, sabe-se que a BCT 4.1. Instruções Sobre Como Desempenhar o Comportamento, é capaz de influenciar o comportamento, através do mecanismo de ação “conhecimento” (Carey et al., 2019). Ao olhar para o “conhecimento” como “literacia”, os resultados do presente estudo que mostram o impacto deste conceito na perda de peso bem-sucedida, mostram a necessidade desta inclusão.

Asbjørnsen e colaboradores (2020) mostram que as BCT's do grupo suporte social, estão relacionadas com a manutenção da perda de peso bem-sucedida. Contrariamente, Paixão e colaboradores (2020) mostram que as estratégias menos frequentes para a manutenção da perda de peso bem-sucedida incluem o suporte social. As diferenças nos resultados destes estudos podem ser explicadas pelo facto, do primeiro ter sido realizado com participantes com obesidade que pretendem realizar uma manutenção da perda de peso após a perda inicial (i.e., participantes com intenção de perder peso mas sem perda executada), enquanto os participantes do segundo estudo já se encontravam em situação de sucesso na manutenção da perda de peso. Estes resultados vão ao encontro dos resultados do presente estudo, em que a referência ao suporte social foi mais frequente no início da perda de peso, do que na manutenção da perda de peso. No entanto, os dados controversos que existem na

associação da perda de peso com o suporte social salientam a necessidade de investigar e atualizar os benefícios deste apoio para os indivíduos com sucesso na perda de peso.

Tal como referindo anteriormente neste trabalho e à luz do defendido pela literatura, era expectável que a mudança do comportamento alimentar e a prática de atividade física, estivessem dentro das estratégias utilizadas tanto para o início como para a manutenção da perda de peso bem-sucedida (Johns et al., 2014). No que diz respeito ao início da perda de peso e à mudança do comportamento alimentar, os resultados do estudo foram ao encontro do esperado, sendo que mais de metade dos participantes do estudo, mais concretamente, 38 participantes, descreveram uma mudança deste comportamento. Relativamente à prática de atividade física, neste estudo, esta prática pode ser espelhada na criação de um plano de exercícios, que surge mencionada por 19 participantes do estudo. Embora a literatura existente nos mostre que a conciliação da atividade física e de um plano de alimentação saudável é necessária para a manutenção da perda de peso, também nos mostra que no início da perda de peso, apenas a adesão à dieta ou apenas a adesão à prática de atividade física vai revelar resultados positivos na perda de peso (Johns et al., 2014). Tal facto pode explicar que nos resultados do estudo exista uma maior frequência da alteração do comportamento alimentar, em comparação com a prática de atividade física, sem afetar uma perda de peso bem-sucedida no momento inicial. Importa perceber se estes resultados se observam nas estratégias de manutenção da perda de peso.

A estratégia de manutenção da perda de peso mais frequentemente mencionada pelos participantes foi a *programação da atividade física*, sendo referida por, novamente, 38 participantes ($\approx 63\%$ da amostra). À luz dos resultados do estudo, parece que a importância da *mudança do comportamento alimentar* é tao relevante no início da perda de peso, como a *programação da atividade física* é na manutenção do peso (Barrea et al., 2022; Institute of Medicine, 2004; Johns et al., 2014; Swift et al., 2014). Embora a estratégia referente à *mudança do comportamento alimentar* não seja visível nos resultados da manutenção da perda de peso, outras estratégias podem associar-se a esta mudança. Nomeadamente, a *criação de hábitos*, caracterizada pela interiorização de estratégias (anteriores) para a manutenção da perda de peso; e a *persistência/compromisso: comida*, caracterizada pela existência de disciplina, rigor e/ou cumprimento do plano alimentar. Referida por 37 participantes, a *criação de hábitos* é frequente nas estratégias de manutenção do peso perdido, apesar de não ser clara a definição do hábito que foi interiorizado, este pode estar relacionado com a *mudança do comportamento alimentar* (referida nas estratégias de início

da perda de peso). Segundo Carey e colaboradores (2019), a BCT 8.3. Criação de Hábitos, influencia o comportamento através de dois mecanismos de ação, as dicas comportamentais e a regulação comportamental, apesar disto, não se verifica a referência à importância destes mecanismos na taxonomia da OxFAB. Em conformidade com esta ideia, e seguindo a lógica das dicas comportamentais, Gardner et al. (2012) consideram que a orientação fornecida pelos profissionais de saúde, acerca da criação de hábitos, pode ajudar na implementação destes mesmos hábitos, que são definidos pelos autores como a repetição de determinada ação no mesmo contexto. No estudo de Lally et al. (2010), os participantes escolheram um comportamento que gostariam que se tornasse um hábito e que não fosse algo já implementado por eles. O comportamento escolhido deveria ser executado como resposta a um estímulo (que deveria ocorrer diariamente). Os resultados mostram que o estímulo (i.e., dica comportamental) parece ser suficiente para a automatização do comportamento.

Relativamente à *persistência/compromisso: comida*, encontra-se entre as dez estratégias mais frequentes, tanto de início como de manutenção da perda de peso, sendo considerada por 33 participantes no início da perda de peso e por 20 na manutenção do peso perdido. Posto isto, podemos considerar que a ideia defendida por Johns e colaboradores (2014), de que a adesão à dieta é suficiente para uma perda de peso inicial, mas insuficiente para a manutenção do peso, tendo de ser conjugada com a atividade física, está refletida nos resultados deste estudo.

No que diz respeito à realização de *cirurgia* com o intuito da perda de peso, esta estratégia foi uma das mais frequentes neste estudo no que diz respeito às estratégias de início da perda de peso, estando entre as dez estratégias mais mencionadas, apresentadas nos resultados. A estratégia foi referida por 13 dos 60 participantes, podendo os critérios de inclusão para a realização da mesma ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou um $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ com complicações de saúde associadas), explicar o porquê da inexistência de mais participantes a recorrerem à cirurgia bariátrica, uma vez que parece que os participantes que a mencionam como relevante, a realizam. A investigação na área das cirurgias bariátricas, mostra a frequência com que se recupera o peso após a realização de cirurgias. Magro et al. (2008) referem a tendência para este reganho ocorrer quatro anos após a cirurgia, considerando ainda que a perda de peso só é significativa até aos dois anos após a cirurgia. Um dos critérios de inclusão do presente estudo, é referente ao tempo de manutenção do peso perdido (i.e., no mínimo 12 meses), apesar da existência de participantes com manutenção da perda de peso \geq a 24 meses, não existe distinção do tempo (podendo esta manutenção ocorrer há 24 meses, 36, 48, etc.). Tendo em conta os dados referidos por Magro et al. (2008), parece que no que

diz respeito à manutenção da perda de peso, após cirurgia, teria sido mais benéfico que este critério fosse por exemplo, no mínimo 48 meses de manutenção.

Relativamente à utilização de fármacos para a perda de peso, apesar de, segundo a literatura, facilitar neste processo (Vieira, 2021), nos resultados do presente estudo, não foi frequente, tendo sido apenas mencionada como importante e facilitadora para o início da perda de peso, por um participante, e como importante e facilitadora para a manutenção da perda de peso, por dois participantes. Estes dados podem ser explicados pelo facto de aquando da interrupção da toma dos fármacos, existir uma fácil recuperação do peso perdido, ideia observada nos resultados do estudo de Grief e Miranda (2010), que pretendeu observar, entre outros fatores, o sucesso dos tratamentos farmacológicos.

A literatura acerca do tema da obesidade e do excesso de peso tem uma longa investigação na importância da inclusão das intervenções psicológicas no tratamento destas patologias, com a referência à TCC, TAC e TCBM. A intervenção psicológica surge com o intuito de potenciar a adesão a comportamentos saudáveis (i.e., prática de exercício físico e mudança do comportamento alimentar) e alteração de crenças desajustadas para a realização do comportamento (Castelnuovo et al., 2017). Apesar disto, o presente estudo não mostrou um número de menções frequentes no que toca à procura de um profissional de saúde mental (*suporte social formal: saúde mental*) no processo de início e manutenção da perda de peso bem-sucedida. Nas estratégias de início da perda de peso bem-sucedida, a referência ao acompanhamento por um profissional de saúde mental, correspondente à estratégia da OxFAB: Procurar Ajuda Para Lidar com o Facto de se Sentir em Baixo, Ansioso ou Stressado, do domínio Suporte: Ajuda Profissional, apenas foi mencionada por sete participantes. Quando esta estratégia foi associada à BCT Suporte Social: Emocional, definiu-se a estratégia relativa ao apoio emocional de um profissional de saúde mental (*suporte social formal emocional: saúde mental*), que foi referida apenas por dois participantes. Ademais quando a mesma estratégia da OxFAB foi associada à BCT Suporte Social: Prático, definiu-se a estratégia relativa à ajuda prática de um profissional de saúde mental como importante no processo de perda de peso (*suporte social formal prático: saúde mental*), tendo sido referida por apenas três participantes. No que diz respeito ao suporte social proveniente de um profissional de saúde mental para a manutenção do peso perdido, este foi apenas referido por dois dos participantes do estudo. Apesar da ajuda de profissionais de saúde mental não se ter mostrado frequente nem para o início da perda de peso, nem para a manutenção do mesmo, algumas variáveis psicológicas foram identificadas pelos participantes como

relevantes para o processo de início e manutenção do peso, e por esse motivo vamos abordá-las de seguida.

É esperado que existam fatores cognitivos que distingam indivíduos que conseguem manter a perda de peso de indivíduos que recuperam o peso perdido (Comşa et al., 2023). Nomeadamente maiores níveis de autoeficácia, uma vez que esta variável se mostra associada a uma melhor perda de peso (Pigsborg et al., 2023). No presente estudo, foi referida por 30 dos participantes no início da perda de peso, e por 37 participantes na manutenção do peso perdido, sendo que se encontra entre as dez estratégias mais frequentes na manutenção da perda de peso. Apesar da importância que a autoeficácia revela no tratamento da obesidade e do excesso de peso, tanto na monitorização do peso e comportamento alimentar, como na manutenção da perda de peso (Comşa et al., 2023; Paixão et al., 2020; Pigsborg et al., 2023), resultados que vão ao encontro dos obtidos no presente estudo, a autoeficácia não é uma variável diretamente considerada pelas taxonomias de base desde estudo (BCT e OxFAB), uma vez que se trata de um mecanismo de ação, e não de uma estratégia propriamente dita.

Apesar de não fazer parte da questão inicial do trabalho, tal facto levou a que para além das estratégias encontradas neste estudo (com ou sem associação com as taxonomias de base), fossem identificados alguns mecanismos de ação utilizados pelos indivíduos que conseguiram uma perda de peso bem-sucedida. A literatura mostra a associação entre as BCT's e os mecanismos de ação com os quais estão mais frequentemente ligadas (Carey et al., 2019). No entanto, essa mesma associação não foi realizada para compreender a associação das estratégias da OxFAB com os mesmos mecanismos de ação. Apesar disto, o presente trabalho procurou expor, sempre que possível, aquilo que a literatura sabe acerca dos mecanismos de ação. O estudo de Carey e colaboradores (2019), mostra a necessidade de compreender quais os mecanismos de ação que permitem a eficácia das BCT's nas intervenções de mudança comportamental, ou seja, o que está por detrás das BCT's identificadas que permite o indivíduo mudar o seu comportamento. Esta identificação, segundo os autores, levaria à realização de intervenções de mudança comportamental, mais eficazes.

Ademais, se revirmos a Teoria da Autoeficácia de Albert Bandura, conseguimos identificar algumas estratégias das taxonomias relacionadas com a autoeficácia. Bandura (1977) introduz o termo autoeficácia defendendo que esta tem influência no comportamento e que é influenciada pela experiência anterior, que se relaciona com a possibilidade de incorrer na realização de determinadas tarefas devido à confiança que surge devido a experiências e

sucessos anteriores na realização da mesma ou semelhante tarefa; pela experiência vicariante caracterizada pela observação dos outros a realizarem determinadas tarefas; pela persuasão social, relacionada com o feedback positivo ou negativo recebido de outros e que pode influenciar os níveis de autoeficácia para determinada tarefa; e pelos estados emocionais, que influenciam a autoeficácia no sentido em que o bem-estar emocional vai levar a uma maior autoeficácia para a realização das tarefas, enquanto o mal-estar vai levar a uma menor autoeficácia para a realização dessas mesmas tarefas. No presente estudo, é relevante olhar para a experiência anterior e para a experiência vicariante, uma vez que estas estratégias foram identificadas pelos participantes. Começando pela experiência anterior, esta teve a sua inclusão na taxonomia de Susan Michie. Apesar disto, não se verifica o aparecimento desta estratégia na taxonomia da OxFAB. Nos resultados deste estudo, observou-se que o *sucesso antecedente* foi importante para o início da perda de peso para três participantes, e no caso da manutenção do peso perdido para, novamente, três participantes. Apesar de não ser referida por grande número de indivíduos, uma vez que os sucessos anteriores têm a sua importância na Teoria da Autoeficácia, perceber a sua relevância noutros estudos de perda de peso pode ser interessante para a investigação na área e para a compreensão do valor da autoeficácia na perda de peso, assim como a relevância da sua inclusão na OxFAB. Relativamente às experiências vicariantes, estas têm o seu lugar nas BCT's e podem estar também relacionadas com as estratégias da OxFAB incluídas no domínio da Imitação (Modelagem). A referência à *imitação (modelagem): copiar o comportamento de atividade física* foi mencionada por um participante no início da perda de peso, e a referência à *imitação (modelagem): copiar o comportamento de controlo de peso* foi referida por quatro participantes, novamente no início da perda de peso. Apesar disto, quando as estratégias referentes à *imitação (modelagem)* para alcançar e manter uma perda de peso bem-sucedida foram observadas no presente estudo, foram associadas à BCT 6.2. Comparação Social, que se refere à observação do comportamento dos outros como forma de incorrer no próprio comportamento, e não à BCT 16.3. Consequências Vicariantes. Tal facto levanta hipóteses: embora a experiência vicariante de Bandura se refira à observação do comportamento de outros, a BCT 16.3. Consequências Vicariantes, embora remeta também, para o comportamento de outros, remete para as consequências do mesmo, algo que não é referido por Bandura. Assim parece que a BCT 6.2. Comparação Social se aproxima mais da experiência vicariante de Bandura e dos comportamentos de imitação da OxFAB.

Ainda no âmbito dos mecanismos de ação, as intenções (i.e., *intenção* nas estratégias de início da perda de peso; *intenção de manter* nas estratégias de manutenção da perda de peso) também estão relacionadas com o sucesso da perda de peso, sendo responsáveis por impedir a vontade de incorrer num comportamento pouco saudável. Quando as intenções para perder peso são esquecidas, existe uma maior probabilidade de recuperação do peso perdido. Esta ideia leva a que se defenda que a razão psicológica por detrás de uma perda de peso difícil, passa pelas vontades e desejos dos indivíduos, que se tornam maiores do que as suas intenções previamente definidas. Neste sentido, alguns autores referem a necessidade de trabalhar ao nível da implementação de intenções (intenções que facilitam o início do comportamento desejado, no caso específico deste trabalho, a perda de peso; Asenkerschbaumer et al., 2024), capacitando os indivíduos de respostas a ter aquando da confrontação com algo desagradável (Stroebe, 2023). No início da perda de peso, 37 dos participantes do estudo manifestaram *intenção* para a perda de peso. A intenção continuou a ser relevante nas estratégias de manutenção do peso perdido (*intenção de manter*), com a referência de 19 participantes. Apesar de ser um número inferior quando comparado com o número de participantes que referiu a sua importância no início da perda de peso, também para a manutenção se encontra entre as estratégias mais mencionadas pelos participantes.

Os resultados do estudo mostram, por um lado, que recorrer a um profissional de saúde mental não foi frequentemente mencionado pelos participantes, apesar disso, os mesmos resultados mostram que as variáveis do foro psicológico foram relevantes para o processo de início e manutenção da perda de peso. Estes resultados mostram a importância dos fatores psicológicos no processo de início e manutenção da perda de peso. Apesar da procura de um profissional de saúde mental não se ter mostrado frequente na amostra do presente estudo, as variáveis psicológicas têm a sua importância.

Ainda no que diz respeito às estratégias mais frequentes deste estudo, surge a *perceção de mudanças de peso* como facilitadora do início e manutenção da perda de peso, sub-estratégia da estratégia *consciência do peso/alteração corporal*, que se manifestou tão importante para o início da perda de peso como para a manutenção. Segundo a literatura, a perceção individual do próprio corpo auxilia na perda de peso (Gupta, 2014), mostrando ainda estar mais depressa associada à adesão à perda de peso, do que a existência de uma medida para a perda de peso, ou seja, o peso que o próprio percebe ter, tem mais importância para o alcance e manutenção da perda de peso, do que o peso real que o próprio tem (Park et al., 2019).

À semelhança do defendido por Wing e Phelan (2005) que o ato de limitar as quantidades de comida ingeridas está relacionada com a perda de peso, este estudo mostrou que a *diminuição do consumo de alimentos: quantidades*, está positivamente associado à perda de peso bem-sucedida. Apesar da relevância que a estratégia tem, não existe referência à mesma nas estratégias da OxFAB. Na taxonomia, a referência à quantidade de comida, está presente apenas no domínio: Controlo de Estímulos, quando consideram a estratégia: Comprar Quantidades Mais Pequenas. Uma vez que a taxonomia já tem em consideração as quantidades de comida, e dado que neste estudo, esta estratégia foi uma das mais utilizadas pelos participantes na perda de peso bem-sucedida, poderia ser relevante a inclusão de uma estratégia que se referisse à diminuição da quantidade de comida (ingerida), para além da diminuição da quantidade de comida (comprada).

A restrição cognitiva flexível influencia o sucesso da perda de peso e consequente manutenção do mesmo, contrariamente a uma alimentação rígida que não tem relação positiva com o início e manutenção da perda de peso (Pigsborg et al., 2023). Os resultados do presente estudo não mostram que no início da perda de peso, uma *restrição alimentar rígida* esteja relacionada com a perda de peso, tendo sido referido apenas por 4 dos participantes incluídos no estudo. À semelhança destes resultados, também na manutenção da perda de peso, a *restrição alimentar rígida* foi apenas mencionada por dois participantes. Relativamente à restrição flexível, presente na estratégia *restrição: alguns períodos serão mais restritos que outros*, foi referida por 11 participantes no início da perda de peso, e por 20 participantes na manutenção da perda de peso (estando entre as dez estratégias mais frequentes na manutenção da perda de peso). Tais factos vão ao encontro do exposto pela literatura: a restrição flexível tem mais impacto na perda de peso do que a alimentação rígida, sendo a primeira mais mencionada pelos indivíduos que conseguiram uma perda de peso bem-sucedida.

Hartmann-Boyce e colaboradores (2016) referem que o indivíduo consumir irrestritamente alimentos pré-especificados é uma estratégia facilitadora da perda e manutenção do peso. No presente estudo, observou-se, tal como sugerido por Leitão e colaboradores (2023) que a estratégia proposta pela OxFAB: Permitir-se Fazer Batota ou Comer Refeições, Horas ou Dias Depois de Restringir Durante um Determinado Período de Tempo, relacionada com a estratégia *regulação: permissões*, tem um grande impacto no alcance da perda de peso e manutenção dessa mesma perda. A estratégia foi referida por 24 participantes no início da perda de peso e por 27 na manutenção da perda de peso (estando

neste último caso, entre as dez mais frequentes). Apesar disto, a literatura acerca da eficácia das permissões, é escassa, podendo ser relevante investigar mais acerca desta estratégia.

Por fim entre as estratégias mais relevantes apresentadas nos resultados, 24 participantes referiram ter como *objetivo: evitar recuperar o peso perdido*, rejeitando a situação de excesso de peso ou obesidade, anteriormente vivida, como relevante para a manutenção da perda de peso. Apesar de não ter sido relacionado previamente, no momento de reflexão sobre os resultados do estudo, colocou-se a hipótese de a estratégia relativa ao evitamento de recuperar o peso perdido devido à rejeição de voltar ao estado de obesidade ou excesso de peso, anterior, estar relacionada com a estratégia da OxFAB: Definir Objetivos de Peso, do domínio: Definição de Objetivos. Ainda assim, não se associou a primeira estratégia com a estratégia da OxFAB, uma vez que apesar de ambas fazerem referência a metas de peso, na primeira parece existir um sentimento de rejeição, que não é visível na estratégia proposta pela OxFAB. Posto isto, procuraram-se outros aspetos na literatura que pudessem ajudar na compreensão desta estratégia. Urdapilleta e colaboradores (2019) mostram que em associação com a obesidade e excesso de peso, são experimentadas lembranças relacionadas com a dimensão do corpo. Associadas a estas lembranças negativas, pode estar relacionado o preconceito existente em relação à obesidade e excesso de peso, que segundo Puhl e Brownell (2001), impactam desde as crianças com estas complicações, ao nível das relações em ambiente escolar, à contratação e salário recebido dos adultos nas mesmas condições. Sendo a rejeição da recuperação do peso algo que motiva os participantes a manterem a perda de peso, poderia ser relevante, num estudo futuro, aprofundar que experiências foram vividas pelos indivíduos quando se encontravam na situação de obesidade ou excesso de peso, e que os faz não querer experimentar novamente a situação, uma vez que o presente estudo não aprofundou o que estaria por detrás desta rejeição. Como referido anteriormente, a *intenção* foi uma variável também bastante considerada pelos participantes do estudo, desta forma, a rejeição de voltar a experimentar uma situação de excesso de peso, poderá estar a contribuir para a manifestação de *intenção* para a manutenção da perda de peso bem-sucedida. Apesar desta associação não ter sido realizada e não existirem dados que revelem se os participantes que rejeitam a recuperação do peso, são também aqueles que revelam intenção no processo de perda de peso, estudar esta possibilidade poderia ser pertinente. Para além disto, poderia ainda ser relevante associar esta rejeição àquilo que os participantes consideram ter ganho (e não querem perder) com a perda de peso (i.e., consequências positivas da perda de peso; conceito já desenvolvido pelo projeto que contempla este estudo, mas que não foi

considerado para o mesmo), e que os motiva a manter o baixo peso (Damião, 2018; Rosas, 2015).

O presente estudo tinha como objetivo identificar as estratégias de início e de manutenção da perda de peso bem-sucedida. Para o efeito, foram consideradas duas taxonomias de mudança comportamental, as BCT's e a OxFAB, tendo sido a segunda criada com o intuito de ser específica da gestão de peso bem-sucedida. Os resultados mostraram que das 117 estratégias apresentadas pela taxonomia da OxFAB, aproximadamente 43 foram verificadas neste estudo, e ainda, das dez estratégias mais frequentes para o início da perda de peso, apenas três têm associação na OxFAB, tendo o mesmo número sido reparado nas estratégias de manutenção da perda de peso. Estes números revelam a importância deste estudo para colmatar eventuais ausências na taxonomia e ainda, mostram a necessidade constante em atualizar e investigar as estratégias da taxonomia. Ademais, se para compreender a forma como as BCT's influenciam o comportamento, temos de olhar para os mecanismos de ação através dos quais o comportamento é realizado (Taj et al., 2022), parece relevante investigar acerca dos mecanismos de ação que podem influenciar as estratégias da OxFAB.

Ao longo do estudo, foram identificadas algumas limitações que devem ser consideradas para a investigação na área da perda de peso bem-sucedida. Primeiramente, a realização de algumas entrevistas telefonicamente, não permitiu observar o comportamento não verbal dos participantes que realizaram a entrevista neste molde. Para além disto, também o tempo que separou a perda de peso bem-sucedida e a realização da entrevista, pode não permitir que os participantes se recordem de todas as estratégias utilizadas durante o processo de perda de peso.

No que diz respeito a limitações referentes às estratégias identificadas, a estratégia *criação de hábitos* foi frequente nas estratégias de manutenção da perda de peso, no entanto, apesar de poder estar relacionado com a *mudança do comportamento alimentar*, não foi clara a definição do hábito que foi interiorizado. Neste sentido, num estudo futuro, poderia ser relevante distinguir os hábitos que os participantes revelam ter interiorizado.

Ademais, como referido anteriormente, a investigação de Magro et al. (2008) mostra a necessidade de rever o critério de inclusão referente à duração da manutenção da perda de peso. Considerando que o reganho de peso só é significativo quatro anos após a realização de uma cirurgia, o critério de inclusão para a participação no presente estudo, ter sido no mínimo

12 meses de manutenção, pode não ser representativo da eficácia da cirurgia bariátrica para a perda de peso.

Apesar disto, o estudo revela alguns pontos fortes, nomeadamente, a inclusão de participantes de ambos os sexos, a abrangência de idades, contemplando indivíduos dos 20 aos 66 anos, e a recolha de dados ter sido através de entrevistas, que permitem uma melhor compreensão do processo de perda de peso dos participantes. Para além disto, o estudo mostra-se relevante para a prática clínica, uma vez que investiga as estratégias de perda de peso seguindo uma taxonomia de mudança comportamental (BCT) e uma taxonomia específica da gestão de peso (OxFAB), e ainda, procura identificar que estratégias não foram frequentemente mencionadas pelos participantes do presente estudo e que estão mencionadas nas taxonomias, e pelo contrário, que estratégias se mostraram relevantes para os participantes deste estudo e não são consideradas pelas taxonomias, propósito que ainda está pouco estudado e este estudo pode contribuir para o acrescento de algumas estratégias às taxonomias. O estudo revela ainda a necessidade de avaliar, de outra forma, as estratégias que não foram mencionadas pelos participantes ou que foram pouco mencionadas. Por exemplo, num estudo futuro poderá questionar-se diretamente aos participantes a utilização de estratégias contempladas pelas taxonomias, uma vez que, por detrás da não menção de algumas estratégias poderá estar: (1) a estratégias não ter sido, de facto, colada em prática, (2) o participante, por diversos motivos, ter dificuldade em falar sobre a estratégia, (3) não se lembrar da utilização da mesma, devido ao tempo que passou desde a sua implementação, (4) poderá não ser considerada pelo participante como importante para o processo de perda de peso, (5) e poderá ser considerada pelo participante como pouco relevante para o estudo. Esta metodologia permitirá compreender se as estratégias identificadas pelas taxonomias são, ou não, relevantes para a perda de peso bem-sucedida, na população portuguesa.

Ademais, as descobertas deste estudo mostram ainda a sua relevância para a prática dos psicólogos que trabalham com pacientes com obesidade e excesso de peso, no sentido em que revela estratégias que são importantes para indivíduos portugueses com sucesso na perda de peso, podendo direcionar aqueles que estão a tentar a perda de peso para estas estratégias, nomeadamente, aconselhar o acompanhamento por um nutricionista, direcionar o comportamento alimentar para um comportamento mais saudável, capacitar os indivíduos de estratégias para iniciar a prática de atividade física e trabalhar ao nível da autoeficácia e intenções. Para além disto, realça a importância do trabalho em equipa com psicólogo e nutricionista, uma vez que uma das estratégias mais mencionadas pelos participantes foi o

suporte de um nutricionista para o alcance e manutenção da perda de peso. Sabendo da importância das equipes multidisciplinares no âmbito da perda de peso (Söderlund et al., 2009), neste caso, permitiria o desenvolvimento de literacia acerca da perda de peso (com o nutricionista) e o aumento à adesão dos comportamentos saudáveis (com o psicólogo).

Concluindo, os resultados do presente estudo mostram que a estratégia mais utilizada no início da perda de peso bem-sucedida é o *suporte social: nutricionista*; e para a manutenção da perda de peso bem-sucedida, é a *programação da atividade física*. O estudo mostra ainda que continua a ser importante o desenvolvimento da investigação relativa às intervenções realizadas na área da obesidade e do excesso de peso, com a necessidade constante de atualização da taxonomia de mudança comportamental e de estratégias de gestão de peso bem-sucedida. Esta ideia faz com que este estudo contribua para a prática clínica no sentido em que expõe algumas estratégias que não foram consideradas pela taxonomia da OxFAB (e.g., *desenvolvimento de literacia alimentar*) e que têm enorme relevância para os participantes do estudo e para a perda de peso bem sucedida (Rogerson et al., 2016), e ainda, revela que algumas estratégias não foram mencionadas pelos indivíduos que conseguiram uma perda de peso bem-sucedida, nomeadamente, as estratégias do domínio referente aos auxiliares de gestão de peso, e que é necessário investiga-las de outra forma, como referido anteriormente.

REFERÊNCIAS

- Abolhassani, S., Doosti Irani, M., Sarrafzadegan, N., Rabiei, K., Shahrokhi, S., Pourmoghaddas, Z., Mohammadifard, N., Roohafza, H., Asgary, S., & Moattar, F. (2012). Barriers and facilitators of weight management in overweight and obese people: Qualitative findings of TABASSOM project. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(3), 205–210.
- Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology*, 27(3), 379–387. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3.379>
- Alamout, M. M., Rahmanian, M., Aghamohammadi, V., Mohammadi, E., & Nasiri, K. (2020). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on weight loss, improvement of hypertension and attentional bias to eating cues in overweight people. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.12.010>
- Asbjørnsen, R. A., Wentzel, J., Smedsrød, M. L., Hjelmæsæth, J., Clark, M. M., Nes, L. S., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2020). Identifying persuasive design principles and behavior change techniques supporting end user values and needs in eHealth interventions for long-term weight loss maintenance: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), 1–31. <https://doi.org/10.2196/22598>
- Asenkerschbaumer, M., Greven, A., Malte Brettel, & Brettel, M. (2024). The role of entrepreneurial imaginativeness for implementation intentions in new venture creation. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 20, 55–88. <https://doi.org/10.1007/s11365-023-00929-3>
- Assarroudi, A., Heshmati Nabavi, F., Armat, M. R., Ebadi, A., & Vaismoradi, M. (2018). Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal of Research in Nursing*, 23(1), 42–55. <https://doi.org/10.1177/1744987117741667>
- Astbury, N. M., Piernas, C., Hartmann-Boyce, J., Lapworth, S., Aveyard, P., & Jebb, S. A. (2019). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of meal replacements for weight loss. *Obesity Reviews*, 20(4), 569–587. <https://doi.org/10.1111/OBR.12816>

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Barnard, N. D., Levin, S. M., & Yokoyama, Y. (2015). A systematic review and meta-analysis of changes in body weight in clinical trials of vegetarian diets. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(6), 954–969. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.11.016>
- Barrea, L., Salzano, C., Pugliese, G., Laudisio, D., Frias-Toral, E., Savastano, S., Colao, A., & Muscogiuri, G. (2022). The challenge of weight loss maintenance in obesity: A review of the evidence on the best strategies available. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 73(8), 1030–1046. <https://doi.org/10.1080/09637486.2022.2130186>
- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2019). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*, 5(9), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
- Berry, M. P., Chwyl, C., Metzler, A. L., Sun, J. H., Dart, H., & Forman, E. M. (2023). Associations between behaviour change technique clusters and weight loss outcomes of automated digital interventions: a systematic review and meta-regression. *Health Psychology Review*, 17(4), 521–549. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2125038>
- Braden, A., Redondo, R., Ferrell, E., Anderson, L., Weinandy, J. G., Watford, T., & Barnhart, W. R. (2022). An open trial examining dialectical behavior therapy skills and behavioral weight loss for adults with emotional eating and overweight/obesity. *Behavior therapy*, 53(4), 614–627. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.008>
- Brooks, C., Helson, C., McCormack, M., Baur, L. A., Gill, T., Green, J., Billah, B., Cronin, P., Johar, A., Plaskett, J., Nolan, M., Latanik, M., & Renzaho, A. M. N. (2022). Protocol for a randomised controlled trial of a family strengthening program to prevent unhealthy weight gain among 5 to 11-year-old children from at-risk families: the Strong Families Trial. *BMC Public Health*, 22(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13452-x>
- Carey, R. N., Connell, L. E., Johnston, M., Rothman, A. J., De Bruin, M., Kelly, M. P., & Michie, S. (2019). Behavior change techniques and their mechanisms of action: A

- synthesis of links described in published intervention literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(8), 693–707. <https://doi.org/10.1093/abm/kay078>
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 165–173. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278>
- Chu, D.-T., Thi Minh Nguyet, N., Thi Nga, V., Vu Thai Lien, N., Duy Vo, D., Lien, N., Truong Nhu Ngoc, V., Hoang Son, L., Le, D.-H., Bich Nga, V., Van Tu, P., Van To, T., Song Ha, L., Tao, Y., & Pham, V.-H. (2019). An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13, 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.07.015>
- Conceição, E., Vaz, A. R., Ferreira, A., Bouça, D., Carraça, E., Brandão, I., Silva, I., Palmeira, L., & Silva, M. (2018). Abordagem psicológica e psiquiátrica. In A. Galvão-Teles (Eds.), *Tratamento não cirúrgico da obesidade do adulto* (pp. 50-79).
- Comşa, L. T., David, O. A., & David, D. O. (2023). Relevant psychological factors in weight management. How to think and behave to lose weight and maintain it for good. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 41(1), 176–192. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00455-1>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 499–511. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00065-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00065-6)
- Crossan K, Sheer AJ. Intra-gastric Balloon. [Updated 2023 Jan 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578184/>
- de Heer, H., Kinslow, B., Lane, T., Tuckman, R., & Warren, M. (2019). Only 1 in 10 patients told to lose weight seek help from a health professional: A nationally representative sample. *American Journal of Health Promotion*, 33(7), 1049–1052. <https://doi.org/10.1177/0890117119839904>
- Dunn, C., Haubenreiser, M., Johnson, M., Nordby, K., Aggarwal, S., Myer, S., & Thomas, C. (2018). Mindfulness approaches and weight loss, weight maintenance, and weight regain. *Current Obesity Reports*, 7, 37–49. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0299-6>

- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2007.04569.X>
- Food and Drugs Administration. (2015, Agosto 07). *Orlistat (marketed as Alli and Xenical) Information*. <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/orlistat-marketed-alli-and-xenical-information>
- Freire, R. (2020). Scientific evidence of diets for weight loss: Different macronutrient composition, intermittent fasting, and popular diets. *Nutrition*, 69, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.07.001>
- Gaio, V., Antunes, L., Namorado, S., Barreto, M., Gil, A., Kyslaya, I., Rodrigues, A. P., Santos, A., Böhler, L., Castilho, E., Vargas, P., do Carmo, I., Nunes, B., & Dias, C. M. (2018). Prevalence of overweight and obesity in Portugal: Results from the first portuguese health examination survey (INSEF 2015). *Obesity Research and Clinical Practice*, 12(1), 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2017.08.002>
- Genoni, A., Lo, J., Lyons-Wall, P., & Devine, A. (2016). Compliance, palatability and feasibility of paleolithic and Australian guide to healthy eating diets in healthy women: A 4-week dietary intervention. *Nutrients*, 8, 1–6. <https://doi.org/10.3390/nu8080481>
- Gardner, B., Lally, P., & Wardle, J. (2012). Making health habitual: the psychology of ‘habit-formation’ and general practice. *British Journal of General Practice*, 62(605), 664-666. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X659466>
- Grief, S. N., & Miranda, R. L. (2010). Weight loss maintenance. *American Family Physician*, 82(6), 630–634.
- Gupta, H. (2014). Barriers to and facilitators of long term weight loss maintenance in adult UK people: A thematic analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(12), 1512–1520.
- Hakim, Nadey. S., Favretti, F., Segato, G., & Dillemans, B. (2011). *Bariatric Surgery*. Imperial College Press All.
- Harris, R. (2009). ACT in nutshell. In R. Harris (Eds.), *ACT made simple* (pp. 18-34). New Harbinger Publications, Inc.
- Hartmann-Boyce, J., Aveyard, P., Koshiaris, C., & Jebb, S. A. (2016). Development of tools to study personal weight control strategies: OxFAB taxonomy. *Obesity*, 24(2), 314–320. <https://doi.org/10.1002/oby.21341>

- Hartmann-Boyce, J., Boylan, A. M., Jebb, S. A., Fletcher, B., & Aveyard, P. (2017). Cognitive and behavioural strategies for self-directed weight loss: Systematic review of qualitative studies. *Obesity Treatment, 18*, 335–349. <https://doi.org/10.1111/obr.12500>
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., Macera, C. A., Heath, G. W., Thompson, P. D., & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and science in sports and exercise, 39*(8), 1423–1434. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616b27>
- Hospital da Luz. (2019, Março 01). *Balão intragástrico: a quem pode ser aconselhado?* <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/balao-intragastrico-obesidade>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Institute of Medicine. (2004). Weight Management: State of the Science and Opportunities for Military Programs. In *Weight Management: State of the Science and Opportunities for Military Programs*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057674>
- Iturbe, I., Echeburúa, E., & Maiz, E. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy upon weight management and psychological well-being of adults with overweight or obesity: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 29*(3), 837–856. <https://doi.org/10.1002/cpp.2695>
- Jacob, A., Moullec, G., Lavoie, K. L., Laurin, C., Cowan, T., Tisshaw, C., Kazazian, C., Raddatz, C., & Bacon, S. L. (2018). Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 37*(5), 417–432. <https://doi.org/10.1037/hea0000576>
- Johns, D. J., Hartmann-Boyce, J., Jebb, S. A., & Aveyard, P. (2014). Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 114*(10), 1557–1568. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.07.005>

- Joki, A., Mäkelä, J., Konttinen, H., & Fogelholm, M. (2020). Exploration of Finnish adults' successful weight management over the life course: A qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8128-8>
- Khan, M. A. B., Hashim, M. J., King, J. K., Govender, R. D., Mustafa, H., & Al Kaabi, J. (2020). Epidemiology of Type 2 Diabetes - Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *Journal of epidemiology and global health*, 10(1), 107–111. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191028.001>
- Kim, J. Y. (2021). Optimal diet strategies for weight loss and weight loss maintenance. *Journal of Obesity and Metabolic Syndrome*, 30(1), 20–31. <https://doi.org/10.7570/JOMES20065>
- Klein, A. V., & Kiat, H. (2015). Detox diets for toxin elimination and weight management: A critical review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28(6), 675–686. <https://doi.org/10.1111/jhn.12286>
- Lally, P., Van Jaarsveld, C. H., Potts, H. W., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European journal of social psychology*, 40(6), 998-1009. <https://doi.org/10.1002/ejsp.674>
- Last, A. R., & Wilson, S. A. (2006). Low-Carbohydrate Diets. *American Family Physicians*, 73(11), 1942–1948.
- Leitão, M., Hartmann-Boyce, J., Pérez-López, F. R., Marôco, J., & Pimenta, F. (2023). Weight management strategies in middle-aged women (MAW): Development and validation of a questionnaire based on the Oxford Food and Activity Behaviors Taxonomy (OxFAB-MAW) in a portuguese sample. *Frontiers in Psychology*, 13, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1069775>
- Li, M., & Cheung, B. M. Y. (2009). Pharmacotherapy for obesity. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 68(6), 804–810. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2125.2009.03453.X>
- Magro, D. O., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B. C., Callejas, F., & Pareja, J. C. (2008). Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obesity surgery*, 18(6), 648–651. <https://doi.org/10.1007/s11695-007-9265-1>
- Mattson, M. P., Longo, V. D., & Harvie, M. (2017). Impact of intermittent fasting on health and disease processes. *Ageing Research Reviews*, 39, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.10.005>

- Mauro, M., Taylor, V., Wharton, S., & Sharma, A. M. (2008). Barriers to obesity treatment. *European Journal of Internal Medicine*, *19*, 173–180.
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2007.09.011>
- Metzgar, C. J., Preston, A. G., Miller, D. L., & Nickols-Richardson, S. M. (2015). Facilitators and barriers to weight loss and weight loss maintenance: A qualitative exploration. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *28*(6), 593-603.
<https://doi.org/10.1111/jhn.12273>
- Momtazmanesh, S., Moghaddam, S. S., Ghamari, S.-H., Rad, E. M., Rezaei, N., Shobeiri, P., Aali, A., Abbasi-Kangevari, M., Abbasi-Kangevari, Z., Abdelmasseh, M., Abdoun, M., Abdulah, D. M., Md Abdullah, A. Y., Abedi, A., Abolhassani, H., Abrehdari-Tafreshi, Z., Achappa, B., Adane Adane, D. E., Adane, T. D., ... Farzadfar, F. (2023). Global burden of chronic respiratory diseases and risk factors, 1990–2019: An update from the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*, *59*.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101936>
- Moreno, C., & Rodrigues, D. (2018). Como diagnosticar? In A. Galvão-Teles (Eds.), *Tratamento não cirúrgico da obesidade do adulto* (pp. 21-25)
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *46*(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Obert, J., Pearlman, M., Obert, L., & Chapin, S. (2017). Popular weight loss strategies: A review of four weight loss techniques. *Current Gastroenterology Reports*, *19*(12), 17–20. <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0603-8>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2024, Março). *Obesidade e excesso de peso*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022, Fevereiro). *Cancro*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. (2.^a Ed.). Lisboa: Placebo, Editora Lda

- Paixão, C., Dias, C. M., Jorge, R., Carraça, E. V., Yannakoulia, M., De Zwaan, M., Soini, S., Hill, J. O., Teixeira, P. J., Santos, I., Teixeira, P. J., & Santos, I. (2020). Successful weight loss maintenance: A systematic review of weight control registries. *Obesity Reviews*, 21(5), 1–15. <https://doi.org/10.1111/obr.13003>
- Park, B., Cho, H. N., Choi, E., Seo, D. H., Kim, N.-S., Park, E., Kim, S., Park, Y.-R., Choi, K. S., & Rhee, Y. (2019). Korean women: a nationwide population-based survey. *Scientific Reports*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-45596-z>
- Pavlovic, N., Naylor, J., Boland, R., Harris, I. A., Flood, V. M., Genel, F., Gao, M., Hackett, D., Vleeskens, C., & Brady, B. (2023). Why do some people with osteoarthritis and obesity awaiting hip or knee arthroplasty achieve successful weight management? A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 32(19-20), 7543–7559. <https://doi.org/10.1111/jocn.16841>
- Pigsborg, K., Kalea, A. Z., De Dominicis, S., & Magkos, F. (2023). Behavioral and Psychological Factors Affecting Weight Loss Success. *Current Obesity Reports*, 12, 223–230. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00511-6>
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788–805. <https://doi.org/10.1038/OBY.2001.108>
- Richards, R., Jones, R. A., Whittle, F., Hughes, C. A., Hill, A. J., Lawlor, E. R., Bostock, J., Bates, S., Breeze, P. R., Brennan, A., Thomas, C. V., Stubbings, M., Woolston, J., Griffin, S. J., & Ahern, A. L. (2022). Development of a Web-Based, Guided Self-help, Acceptance and Commitment Therapy-Based Intervention for Weight Loss Maintenance: Evidence-, Theory-, and Person-Based Approach. *JMIR Formative Research*, 6(1), 1–14. <https://doi.org/10.2196/31801>
- Rogerson, D., Soltani, H., & Copeland, R. (2016). The weight-loss experience: a qualitative exploration. *BMC public health*, 16, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3045-6>
- Rosas, R., Pimenta, F., Leal, I., & Schwarzer, R. (2019). FOODLIT-PRO: Food Literacy Domains, Influential Factors and Determinants-A Qualitative Study. *Nutrients*, 12(1), 88. <https://doi.org/10.3390/nu12010088>
- Rosas, R., Pimenta, F., Maroco, J., & Leal, I. (2019). Perceived consequences of a successful weight loss: A pluralist qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 24(8), 1043–1055. <https://doi.org/10.1177/1359105316685901>

- Schumacher, L. M., Godfrey, K. M., Forman, E. M., & Butryn, M. L. (2019). Change in Domain-specific but not General Psychological Flexibility Relates to Greater Weight Loss in Acceptance-Based Behavioral Treatment for Obesity HHS Public Access. *J Contextual Behav Sci*, *12*, 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.01.008>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2023, Maio). *Obesidade*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/>
- Shai, I., Schwarzfuchs, D., Henkin, Y., Shahar, D. R., Witkow, S., Greenberg, I., Golan, R., Fraser, D., Bolotin, A., Vardi, H., Tangi-Rozental, O., Zuk-Ramot, R., Sarusi, B., Brickner, D., Schwartz, Z., Marko, R., Katorza, E., Thiery, J., Fiedler, G. M., ... Abra, D. (2008). Weight loss with a low-carbohydrate, mediterranean, or low-fat diet. *The New England Journal of Medicine*, *3*(10), 229–270. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0708681>
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C., & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003818.pub2>
- Södlerlund, A., Fischer, A., & Johansson, T. (2009). Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. *Perspectives in public health*, *129*(3), 132–142. <https://doi.org/10.1177/1757913908094805>
- Souto, S. B., Moreno, C., Rodrigues, D., Rocha, G., Cardoso, M. H., Nunes, J. S., Pereira, M. L., Freitas, P., & Azevedo, T. (2018). Tratamento farmacológico do excesso de peso e obesidade. In A. Galvão-Teles (Eds.), *Tratamento não cirúrgico da obesidade do adulto* (pp. 153-182).
- Stroebe, W. (2023). Could implementation intentions improve the efficacy of behavioral weight-loss treatment? *Appetite*, *186*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106508>
- Swift, D. L., Johannsen, N. M., Lavie, C. J., Earnest, C. P., & Church, T. S. (2014). The role of exercise and physical activity in weight loss and maintenance. *Elsevier*, *56*, 441–447. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.09.012>
- Taj, F., Klein, M. C. A., & Van Halteren, A. (2022). Motivating machines: The potential of modeling motivation as MoA for behavior change systems. *Information*, *13*(5), 1–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/info13050258>

- The Lancet Global Health. (2022). Infertility—why the silence? *The Lancet Global Health*, 10(6). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00215-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00215-7)
- Toledo, P. R., Lotufo-Neto, F., Verdeli, H., Goulart, A. C., Horvath Marques, A., Solis, A. C. O., & Wang, Y. P. (2023). Interpersonal psychotherapy for treatment of obesity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 320, 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.070>
- Tudor-Locke, C., & Bassett, D. R. (2004). How many steps/day are enough? *Sports Medicine*, 34(1), 1–8. <https://doi.org/10.2165/00007256-200434010-00001>
- Urdapilleta, I., Lahlou, S., Demarchi, S., & Catheline, J.-M. (2019). Women with obesity are not as curvy as they think: Consequences on their everyday life behavior. *Frontiers in Psychology*, 10, 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01854>
- van Baak, M. A., & Mariman, E. C. M. (2019). Dietary strategies for weight loss maintenance. *Nutrients*, 11(8), 1–12. <https://doi.org/10.3390/nu11081916>
- Vazin, R., McGinty, E. E., Dickerson, F., Dalcin, A., Goldsholl, S., Oefinger Enriquez, M., Jerome, G. J., Gennusa, J. V., & Daumit, G. L. (2016). Perceptions of strategies for successful weight loss in persons with serious mental illness participating in a behavioral weight loss intervention: A qualitative study. *Psychiatric rehabilitation journal*, 39(2), 137–146. <https://doi.org/10.1037/prj0000182>
- Westerterp-Plantenga, M. S., Lemmens, S. G., & Westerterp, K. R. (2012). Dietary protein - Its role in satiety, energetics, weight loss and health. *British Journal of Nutrition*, 108, 105–112. <https://doi.org/10.1017/S0007114512002589>
- Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 222–225. <https://doi.org/10.1093/ajcn/82.1.222s>
- World Heart Federation. (2023). *World heart report 2023: Confronting the world's number one killer*. 1–52.
- Zhang, D., Lee, E. K. P., Mak, E. C. W., Ho, C. Y., & Wong, S. Y. S. (2021). Mindfulness-based interventions: an overall review. *British medical bulletin*, 138(1), 41–57. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>

ANEXOS

Anexo A – Revisão de Literatura Alargada

Obesidade e Excesso de Peso

A obesidade e o excesso de peso são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o aumento excessivo da gordura presente no corpo. As suas causas podem ser diversas e distintas, desde o aumento das calorias consumidas, através de uma alimentação pouco saudável, como também, a falta de prática de atividade física e consequente sedentarismo. Para além destes comportamentos, existem ainda outros fatores que podem não estar ao alcance pessoal e que também podem contribuir para o aparecimento desta doença. Entre eles: a genética; a toma de alguns tipos de medicamentos (e.g., antidepressivos); a cessação de algum consumo (e.g., tabaco), que pode levar à substituição de um consumo por outro, neste caso em específico, a comida; e ainda a gravidez (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023).

Estas condições de saúde (excesso de peso e obesidade), são habitualmente classificadas com recurso ao índice de massa corporal (IMC), dividindo o peso (kg) pela altura ao quadrado (m^2) (kg/m^2). Nos adultos, pode definir-se o excesso de peso quando o IMC varia entre $25 kg/m^2$ e $29.9 kg/m^2$, enquanto se define a obesidade a partir do momento em que o IMC é igual ou superior a $30 kg/m^2$ (OMS, 2024). Deve-se considerar ainda os diferentes graus de obesidade: o primeiro grau quando o IMC está entre $30 kg/m^2$ e $34.9 kg/m^2$, o segundo quando o IMC está entre $35 kg/m^2$ e $39.9 kg/m^2$, e o terceiro grau, quando está superior a $40 kg/m^2$, sendo o último considerado como obesidade grave (Katzmarzyk, 2014; SNS, 2023).

A obesidade e o excesso de peso, consequência do acumular de gordura no corpo podem levar a complicações na saúde dos indivíduos, nomeadamente, a doenças não transmissíveis como, doenças cardiovasculares (e.g., hipertensão arterial), doenças pulmonares (e.g., doença pulmonar restritiva), doenças metabólicas e endócrinas (e.g., diabetes *mellitus* tipo 2), doenças músculo-esqueléticas (e.g., osteoartrite), doenças oncológicas (e.g., cancro da mama, cancro da próstata), doenças gastrointestinais (e.g., doença hepática) e infertilidade (Moreno & Rodrigues, 2018; Sarwer & Polonsky, 2016). As complicações de saúde referidas contribuem para um elevado número de mortes no mundo. Dados do ano de 2021, revelam 20.5 milhões de mortes por doença cardiovascular no mundo (World Heart Federation, 2023). Relativamente às doenças respiratórias, apesar do número

ser inferior às mortes por doença cardiovascular, em 2019, estas doenças foram responsáveis por 4 milhões das mortes no mundo (Momtazmanesh et al., 2023). No que diz respeito aos diabetes mellitus tipo 2, em 2017, esta patologia contribuiu para 1 milhão das mortes a nível mundial (Khan et al., 2020). Acerca das doenças músculo-esqueléticas, estas contribuíram para 117 mil mortes no ano de 2019 (Liu et al., 2022). A OMS (2022), revela que no ano de 2020, as doenças oncológicas foram responsáveis por 10 milhões de mortes no mundo. Por fim, também a infertilidade está associada à obesidade e excesso de peso, afetando 186 milhões da população mundial (The Lancet Global Health, 2022).

Para além disto, associadas a uma diminuição da qualidade de vida, estas patologias vão trazer dificuldades ao nível do ajustamento psicológico, estando intimamente relacionadas com uma baixa autoestima, insatisfação corporal, culpabilidade, insegurança e sintomas de depressão e ansiedade (Chu et al., 2019; Dunn et al, 2018).

Estes números mostram a necessidade crescente de intervir ao nível da obesidade e do excesso de peso, de forma a diminuir também as complicações associadas a estas patologias que são consideradas um problema de saúde pública em vários países, pela quantidade de pessoas que afeta. Portugal não é uma exceção. Um estudo referente ao ano de 2015 relatou que 33.2% das mulheres portuguesas tinham excesso de peso e 45.5%, dos homens estavam na mesma condição. Relativamente à obesidade propriamente dita, observou-se que 32% das mulheres e 25% dos homens mostravam-se nessa situação (Gaio et al., 2018; World Obesity Federation Global Obesity Observatory, 2019). Embora a percentagem de excesso de peso seja maior entre o sexo masculino, existe um maior número de mulheres com obesidade. Estes números mostram que à data da recolha de informação, dois terços da população a habitar em Portugal (com as idades entre os 25 e os 74 anos) mostrava-se ou na condição de excesso de peso ou na condição de obesidade (Gaio et al., 2018).

Segundo a OMS, a prevalência da obesidade e do excesso de peso, tende a ser reduzida com a alteração do comportamento individual. No entanto, a sociedade e a indústria alimentar, são também consideradas para a diminuição desta prevalência. Nas recomendações a nível da alteração do comportamento individual, estão por um lado, a redução do consumo de alimentos ricos em gordura e altamente calóricos, e por outro o aumento da ingestão de frutas e vegetais, e ainda a prática de atividade física (OMS, 2024).

A nível social, a OMS, considera a importância que a sociedade tem nestas recomendações. Nomeadamente ao nível da acessibilidade a escolhas mais saudáveis (i.e., alimentação saudável e prática de atividade física) para toda a comunidade independentemente dos seus rendimentos (OMS, 2024). A associação entre o nível socioeconómico e as escolhas pouco saudáveis parece ser positiva, uma vez que indivíduos com rendimentos mais baixos têm uma maior probabilidade de procurar alternativas mais baratas e menos saudáveis (Chew et al., 2023). Relativamente ao trabalho da indústria alimentar, este deve ser a diminuição de alimentos com elevados níveis de gordura e processamento e a diminuição da acessibilidade a alimentos com elevados níveis de açúcar, em ambientes frequentados por crianças, por exemplo, nas escolas (OMS, 2024). Em 2019, 12% das crianças portuguesas tinham obesidade e 17.6% encontravam-se na condição de excesso de peso (World Obesity Federation Global Obesity Observatory, 2019). As crianças com obesidade já experimentam sentimentos de depressão, isolamento social e diminuição da qualidade de vida e considerando que estes vão ser problemas que as acompanham até à vida adulta, parece relevante intervir desde cedo (Brooks et al., 2022). A recomendação da OMS, de diminuir a acessibilidade das crianças a alimentos pouco saudáveis, é por isso importante.

Perda de Peso

Tendo em consideração o problema de saúde pública que a obesidade e o excesso de peso se têm vindo a mostrar, a perda de peso, é crucial para a qualidade de vida dos indivíduos com estas complicações (Gaio et al., 2018). Existe um vasto número de estratégias que podem ser procuradas por quem pretende alcançar a perda de peso (Vieira, 2021), incluindo a utilização de fármacos, diferentes procedimentos de cirurgia, intervenções psicológicas, a dieta e o exercício físico.

Fármacos. Segundo Vieira (2021), a utilização de fármacos para a perda de peso é aconselhada em dois momentos: quando se atinge um $IMC \geq 30$, ou quando o $IMC \geq 27$ e existem complicações de saúde associadas. Para além disto, é necessário que o indivíduo que vai iniciar a toma farmacológica já tenha tentado a perda de peso por via da alteração do estilo de vida, sem sucesso (Souto et al., 2018).

A prescrição de fármacos pode surgir, tanto para atuar ao nível do apetite, como ao nível da absorção de nutrientes. Os primeiros vão agir nos neurotransmissores do sistema nervoso central, reduzindo a vontade do indivíduo de ingerir alimentos por ficar saciado mais

rapidamente, enquanto os segundos facilitam a diminuição da absorção de gordura, expulsando a mesma pelas fezes (Li & Cheung, 2009). Abordam-se de seguida alguns fármacos disponíveis em Portugal e aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento da obesidade: Orlistat; Liraglutido; Naltrexona/Bupropiom.

O Orlistat é responsável por promover a redução da absorção de gordura alimentar em 30%. Em Portugal a necessidade de prescrição médica para a utilização deste fármaco depende da dosagem, 60 mg está disponível para venda livre, enquanto 120 mg requer uma prescrição médica (Souto et al., 2018). Este fármaco foi aprovado pela FDA no ano de 1999, é prescrito juntamente com uma dieta com baixo teor de gordura e pode ser utilizado a partir dos 18 anos de idade (Food and Drug Administration, 2015). O objetivo do Liraglutido é reduzir o apetite atuando nos neurotransmissores do sistema nervoso central responsáveis pela saciedade. A toma deste fármaco é através de injeções subcutâneas e a toma diária é eficaz no início e manutenção da perda de peso (Souto et al., 2018). Existem outros fármacos que embora não tenham como principal objetivo a diminuição do peso, os seus efeitos secundários são também utilizados para este fim. Um exemplo disso é a Naltrexona/Bupropiom, o primeiro é um fármaco utilizado na dependência do álcool (Souto et al., 2018) e o segundo, um fármaco utilizado para o tratamento da depressão e cessação tabágica que previne o ganho de peso (Souto et al., 2018; Tchang, 2015).

Importa considerar que o tratamento para a perda de peso através de fármacos tem uma taxa de sucesso de 5-10% e os indivíduos que recorrem à sua utilização, no momento em que interrompem a toma medicamentosa, têm uma maior probabilidade de recuperação do peso perdido (Cooper & Fairburn, 2001). Ademais, se ao fim de três meses da toma dos fármacos não ocorrer uma perda de peso, de pelo menos, 5% do peso corporal inicial, deve interromper-se a toma dos fármacos (Souto et al., 2018). Para além disto, embora recorrer a fármacos possa facilitar no processo de perda de peso, este resultado só é alcançável com alterações na prática de atividade física e na alimentação (Vieira, 2021).

Cirurgias. Relativamente às cirurgias com o intuito de perda de peso, surge a cirurgia bariátrica, com três diferentes procedimentos: a banda gástrica, o *bypass* gástrico e o *sleeve* gástrico. Esta cirurgia é realizada desde que se tenha um IMC ≥ 40 kg/m² (considerado o tipo mais grave de obesidade), ou um IMC ≥ 35 kg/m² com complicações de saúde associadas (Hakim et al., 2011; Vieira, 2021).

A banda gástrica é caracterizada por limitar a quantidade de comida que o corpo consegue suportar, através de um dispositivo que vai atuar no aperto do estômago e que pode ser ajustado (alargado ou apertado) caso necessário (Hakim et al., 2011). A cirurgia com bypass é caracterizada pela criação de uma bolsa de pequena dimensão que vai passar da parte superior do estômago diretamente para o intestino delgado, facilitando a diminuição da ingestão de comida por se impedir a utilização total do tamanho do estômago (Hakim et al., 2011; Vieira, 2021). O sleeve gástrico, também conhecido por gastrectomia vertical, é caracterizado por reduzir a maior parte do estômago, retirando cerca de 90% do seu volume, impedindo que o estômago alargue à medida que se vai ingerindo comida (Hakim et al., 2011). Apesar disto e em conformidade com a utilização de fármacos, é crucial que a modificação do comportamento alimentar e a prática de atividade física, seja incluída no pós-cirurgia (Vieira, 2021).

Tendo em conta os critérios de inclusão acima referidos, nem todos os indivíduos são elegíveis à realização destas cirurgias. Por este motivo, existe outro procedimento bariátrico que não requer cirurgia: o balão intragástrico. Esta intervenção realiza-se durante uma endoscopia e é colocado no estômago um balão de ar que tem como objetivo satisfazer mais rapidamente a pessoa, promovendo uma menor ingestão de comida, facilitando a perda de peso (Crossan & Pura, 2023). Apesar disto, este é um procedimento temporário que pode durar seis meses (tempo que o balão demora a esvaziar; Hospital da Luz, 2019), algo que não acontece com as cirurgias bariátricas que não são temporárias.

Como já foi referido, apesar de se considerar que o peso perdido é facilmente mantido quando se realizam cirurgias para a perda de peso, estas não são elegíveis para todos os pacientes, mas sim só para aqueles com um excesso de peso muito elevado. Para além disto, e à semelhança do que acontece quando se recorre à utilização de fármacos, é necessário que exista associada à cirurgia, uma alteração do estilo de vida, i.e., a alteração do comportamento alimentar e a prática de atividade física, de forma a permitir a manutenção do peso perdido (Vieira, 2021). Assim sendo, é importante que se considere a relevância das intervenções psicológicas no tratamento da obesidade (Cooper & Fairburn, 2001).

Intervenção Psicológica. O estudo de Nagata e colaboradores (2018) revela que os estados de obesidade e excesso de peso estão relacionados com o comportamento alimentar disfuncional e com a compulsão alimentar. Com o objetivo de verificarem a prevalência do comportamento alimentar disfuncional, os autores verificaram que estes comportamentos são mais frequentes em indivíduos em situação de obesidade ou excesso de peso, do que em

indivíduos em situação de peso normal. A associação do comportamento alimentar disfuncional com a obesidade e excesso de peso, levanta a necessidade de abordar a importância da regulação emocional em pessoas com obesidade ou excesso de peso. Konttinen (2020) propõe que a vivência de emoções negativas pode levar ao aumento do consumo de alimentos, introduzindo assim o conceito de alimentação emocional. Este conceito é caracterizado pela ingestão de alimentos tendencialmente mais calóricos e saborosos com o objetivo de lidar com determinada emoção negativa (Konttinen, 2020). Desta forma, o controle de impulsos e comportamentos parece ser influenciado pelos estados emocionais, revelando em indivíduos com dificuldade no controle destes impulsos e com emoções negativas, piores comportamentos alimentares (Attanasio et al., 2023). Assim, pode concluir-se que a regulação emocional e as estratégias para lidar com emoções negativas influenciam o comportamento alimentar e conseqüentemente o aumento do peso. Para além das dificuldades ao nível da identificação e regulação de emoções negativas estarem intimamente relacionadas com a compulsão alimentar, também as dificuldades ao nível do controle de emoções positivas mostram a sua relação e tornam os indivíduos predispostos para a compulsão (Howells, 2024).

Paralelamente a isto, a obesidade e o excesso de peso estão associados ao aumento dos sintomas de depressão e ansiedade. Conseqüentemente, a associação da obesidade à saúde psicológica e às patologias que advêm dos comportamentos (i.e., depressão e ansiedade) pouco saudáveis vai dificultar a adesão e manutenção dos indivíduos às recomendações para a perda de peso (Dunn et al, 2018; SNS, 2023).

Assim, Wing e Phelan (2005), defendem a importância da regulação emocional para a perda de peso bem-sucedida, relatando no seu estudo, que indivíduos com níveis mais altos de depressão manifestam maior dificuldade em manter a perda de peso a longo prazo. O contrário também se observou, indivíduos com menos níveis de depressão mostram maior facilidade em manter a perda de peso. Neste sentido, tem-se mostrado essencial a realização de intervenções que abordem os aspetos psicológicos dos indivíduos que realizam o tratamento da obesidade, no sentido de facilitar a adoção e a manutenção de um novo estilo de vida (Castelnuovo et al., 2017).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) trabalha as crenças que estão na base de pensamentos e comportamentos desajustados dos indivíduos e torna-os agentes ativos no processo de identificação destas crenças (Warman et al., 2009). A terapia comportamental é capaz de fornecer aos indivíduos estratégias de controle de estímulos, estabelecimento de

metas e auto-monitorização, enquanto a terapia cognitiva capacita os indivíduos a identificarem os seus pensamentos e estados de humor, potenciadores de levarem ao comportamento pouco saudável, e ainda a modificarem esses pensamentos e estados de humor, incorrendo no comportamento saudável. A TCC é definida pela terapia comportamental e pela terapia cognitiva, sendo considerada a abordagem psicológica mais eficaz nas intervenções realizadas em indivíduos com obesidade e excesso de peso (Castelnuovo et al., 2017), possibilitando o surgimento de pensamentos e comportamentos mais ajustados (Warman et al., 2009).

Entre as estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas no início do tratamento da obesidade e excesso de peso estão a psicoeducação, caracterizada pela educação acerca dos aspetos psicológicos envolvidos no problema, assim como o esclarecimento de dúvidas relativas ao assunto; a auto-monitorização, que obriga à realização de registos acerca da realização do comportamento, como o contexto em que o comportamento ocorreu; o estabelecimento de objetivos, que sejam realistas e que permitiam ao próprio a sua realização; o reforço de comportamentos e objetivos positivos, com o intuito de reforçar a continuação dos mesmos; o controlo de estímulos, identificando aqueles que são favoráveis à realização do comportamento alvo; a resolução de problemas, identificando desta vez aquilo que impede a realização do comportamento; as estratégias de relaxamento e gestão de stress, desenvolvidas com o intuito de capacitar os indivíduos a reagirem a situações difíceis do dia-a-dia; os comportamentos alternativos e adaptativos, que vão substituir os comportamentos a alterar; e a reestruturação e debate cognitivo, onde o indivíduo identifica os pensamentos que dificultam a adesão ao comportamento saudável e arranja alternativas mais funcionais à mudança comportamental (Conceição et al., 2018).

Além disto, existem ainda estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas na manutenção da perda de peso, nomeadamente, o acompanhamento continuado, de forma a permitir que o indivíduo continue motivado na mudança do comportamento; a monitorização do peso a longo prazo, como por exemplo, o controlo do peso, uma vez que este comportamento está positivamente associado à manutenção eficaz do peso; e o desenvolvimento de um plano de gestão de peso a longo prazo, onde se identificam os comportamentos a manter no futuro (Conceição et al., 2018).

Segundo a meta-análise de Jacob e colaboradores (2018), a TCC mostrou-se eficaz na redução de peso em adultos com obesidade ou com excesso de peso. A realização de intervenções seguindo a TCC vai facilitar a adesão, por parte dos indivíduos em processo de

perda de peso, a uma alimentação saudável, à prática de atividade física e a estratégias de controlo de peso (Cooper & Fairburn, 2001), e posteriormente, facilitar a manutenção do peso perdido (Shaw et al., 2005).

Uma vez que está em constante desenvolvimento, a TCC introduz as terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração: a terapia de aceitação e compromisso (TAC) e a terapia cognitiva baseada em mindfulness (TCBM), que são agora abordadas, tendo em consideração a evidência que existe acerca dos seus resultados na perda de peso a longo prazo (Richards et al., 2022).

A TAC foca-se em dar aos indivíduos que a ela recorrem uma nova forma de encarar a dor e o sofrimento que sentem, através do significado que passam a encontrar na vida, impedindo que este sentido siga uma via autodestrutiva. A TAC segue seis processos terapêuticos fundamentais com o intuito de criar flexibilidade psicológica: o contacto com o momento presente, caracterizado pelo envolvimento com o momento que está a ser vivido, sem se deixar levar por outros pensamentos; a desfusão cognitiva, que consiste no ato de deixar ir os pensamentos que nos prendem; a aceitação de sentimentos, emoções e impulsos negativos, sem querer lutar contra eles; o eu como contexto, referente ao esforço por parte dos indivíduos em observarem-se para além dos seus pensamentos e experiências; os valores, que devem ser definidos para guiar os comportamentos; e a ação comprometida, caracterizada pela toma de decisões baseadas nos valores individuais (Harris, 2009). No caso específico deste trabalho, podemos considerar que comportamentos de excessiva ingestão alimentar que podem prejudicar a saúde podem ser comportamentos autodestrutivos. A relação desta terapia com o tratamento da obesidade e excesso de peso tem-se relacionado com a melhoria do bem-estar, diminuindo sentimentos relacionados com o sofrimento e a insatisfação com o próprio corpo (Iturbe et al., 2022). Esta melhoria do bem-estar vai ter efeitos positivos na flexibilidade psicológica e conseqüentemente no alcance de uma perda de peso bem-sucedida (Schumacher et al., 2019). Entre as suas práticas, a TAC utiliza técnicas de *mindfulness* com o objetivo de permitir a nova forma de encarar o sofrimento associado à sua situação (Harris, 2009). Por este motivo, de seguida é abordada outra TCC de terceira geração, baseada em técnicas de mindfulness.

A TCBM é caracterizada por tornar consciente pensamentos, sentimentos e sensações, através de práticas formais e informais. Por práticas formais entende-se a atenção que o indivíduo dá à sua respiração ou a uma caminhada que está a realizar, enquanto por práticas informais, entende-se a atenção dada a determinado assunto da vida pessoal (Zhang

et al., 2021). Esta forma de intervenção psicológica, tem vindo a ser incluída no tratamento da obesidade. Os resultados do estudo de Alamout e colaboradores (2020) revelam que a combinação da TCBM com a dieta tem resultados positivos no alcance da perda de peso, mostrando ainda que esta terapia pode ser mais benéfica quando comparada com outras estratégias aqui mencionadas (e.g., cirurgias e fármacos) e ainda mais acessível em termos de custos.

Adicionalmente, existem outras terapias consideradas para o tratamento da obesidade. Nomeadamente, a psicoterapia interpessoal, considerada uma terapia de curto prazo no tratamento da obesidade e excesso de peso, que mostra efeitos positivos neste tratamento (Toledo et al., 2023). Ademais, a terapia comportamental dialética é caracterizada por facilitar a diminuição do comportamento alimentar emocional, tendo a sua eficácia comprovada para adultos que pretendem alcançar a perda de peso (Braden et al., 2022). Por fim, embora não tenha sido desenvolvida para o tratamento da obesidade e excesso de peso, a terapia do esquema tem-se mostrado relevante na compreensão de características individuais que podem dificultar o tratamento destas patologias (Basile et al., 2019).

Uma vez que as intervenções psicológicas vão facilitar a adesão à dieta e ao exercício físico, parece que mais uma vez estamos perante uma associação. Se por um lado, a dieta e o exercício físico complementam a utilização de fármacos e a eficácia das cirurgias, por outro, as intervenções psicológicas facilitam a adesão à mudança comportamental (Castelnuovo et al., 2017). Parece que em qualquer estratégia utilizada a ideia de as combinar com a prática de atividade física e a modificação do comportamento alimentar é sempre necessária. Por esses motivos, aborda-se agora no trabalho, os temas atividade física e dieta.

Ademais, Söderlund e colaboradores (2009) sustentam ainda a ideia de que realizar uma abordagem multidisciplinar, que inclua um conjunto de profissionais, nomeadamente, nutricionistas, psicólogos, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, no tratamento da obesidade, tende a melhorar a eficácia do tratamento.

Atividade Física e Dieta. Como referido anteriormente, segundo a OMS, para combater a obesidade e o excesso de peso, é necessário que haja por um lado uma diminuição do consumo de gorduras e açúcares e por outro um aumento do consumo de frutas e vegetais. Para além disto, deve também praticar-se atividade física (OMS, 2024).

Segundo as recomendações relativas à prática de atividade física, é recomendado uma prática equivalente a 150 minutos por semana para se verificarem melhoras na saúde.

Enquanto um tempo entre 150 e 250 minutos semanais, pode proporcionar uma perda de peso, embora que pequena. Para conseguir uma perda de peso significativa, deve praticar-se atividade física num total acima de 250 minutos por semana. Consequentemente, para a manutenção do peso perdido, será necessário manter uma quantidade superior a 250 minutos semanais (Barrea et al., 2022).

Apesar da prática de atividade física se ter vindo a mostrar importante, a investigação na área mostra que aliá-la à mudança do comportamento alimentar vai aumentar as probabilidades de ter uma perda de peso bem-sucedida (Institute of Medicine, 2004; Swift et al., 2014). Em conformidade com esta ideia, Barrea e colaboradores (2022) defendem que a estratégia mais eficaz para a manutenção do peso perdido é conciliar a dieta e a atividade física.

Swift e colaboradores (2014) observaram a eficácia das metas de passos diários e dos treinos aeróbicos. Em relação à meta de passos, verificaram que quando é inferior a 5.000 passos diários revela um nível de sedentarismo, enquanto mais de 10.000 passos, indica um indivíduo ativo. Por fim, para considerar alguém como extremamente ativo, é necessário que realize mais de 12.500 passos diários. Apesar disto, alcançar a meta de passos diários não parece que vá levar a uma perda de peso bem-sucedida. Parece necessário que a juntar a este exercício se realize uma restrição calórica (Tudor-Locke & Bassett, 2004). Relativamente aos treinos aeróbicos, como realizar caminhadas ou andar de bicicleta, os autores verificam que à semelhança das metas de passos diários, é benéfico que se conjugue uma dieta aos exercícios, de forma a realizar uma perda de peso bem-sucedida (Haskell et al., 2007). Em qualquer que seja a modalidade de exercício físico, os autores concluem que é essencial aliá-la à dieta (Swift et al., 2014).

O estudo de Johns e colaboradores (2014) pretendeu verificar se por um lado, apenas a adesão à dieta, e por outro, apenas a prática de atividade física, seriam eficazes para a perda de peso; e ainda se associar a dieta e a prática de atividade física, se mostrava mais eficaz. Desta forma, o estudo revelou que iniciar uma dieta para a perda de peso ou associar a dieta à prática de atividade física, a curto prazo, vai revelar resultados idênticos, algo que já não se verifica, a longo prazo. Em contrapartida, iniciar a prática de atividade física, sem a adesão a uma dieta, vai se mostrar sempre menos eficaz do que associar a dieta à prática de atividade física. Apesar dos resultados mostrarem, que no momento inicial, a dieta é eficaz na perda de peso, estes resultados, mostram-nos que para a manutenção da perda de peso, é essencial que se conjugue a prática de atividade física, à modificação do comportamento alimentar.

De seguida abordam-se as dietas que interferem com o consumo de macronutrientes, as dietas restritivas de alimentos e a dieta de jejum. Importa referir que em relação aos dois últimos tipos de dietas, estas circulam para a perda de peso bem-sucedida, no entanto, nem sempre se conhece muito acerca da sua evidência, eficácia e consequências. Apesar disto, é importante que as abordemos por serem dietas muitas vezes preferidas por quem pretende alcançar a perda de peso.

Começando com as dietas hipocalóricas que alteram o consumo dos macronutrientes (i.e., gorduras, hidratos de carbono e proteínas), abordaremos as dietas com baixo teor de gordura, as dietas com baixo teor em hidratos de carbono e as dietas ricas em proteínas. Nas dietas de baixo teor de gordura, o objetivo é que o consumo de gordura não ultrapasse os 10% da ingestão alimentar total. Perante isto, existe um maior consumo de proteínas e hidratos de carbono. A evidência mostra que esta dieta pode ter bons resultados na perda de peso, no entanto, por ser tão restritiva na quantidade de gordura que permite que os indivíduos consumam, esta é uma dieta difícil de manter, podendo não ser tão eficaz a longo prazo (Institute of Medicine, 2004). À semelhança das dietas de baixo teor em gordura, as dietas com baixo teor em hidratos de carbono, têm também a função de restringir a ingestão, desta vez de hidratos de carbono. O consumo destes hidratos, não deve exceder os 20% da ingestão total, pelo que os indivíduos aumentam o consumo de gorduras e proteínas (Last & Wilson, 2006). A investigação na área revela que dietas com baixo teor em hidratos de carbono não parecem suficientes para alcançar a perda de peso (Westerterp-Plantenga et al., 2012). Contrariamente, às dietas em cima mencionadas, a alimentação nas dietas ricas em proteínas, requer um aumento das proteínas consumidas e uma diminuição de gorduras e hidratos de carbono. Westerterp-Plantenga et al. (2012) mostram que o consumo elevado de proteínas, em mais de 20% da ingestão alimentar, é promotor da perda de peso. Em conclusão, das três dietas hipocalóricas que trabalham na alteração do consumo dos macronutrientes, apresentadas até aqui, a mais eficaz parece ser a dieta rica em proteínas (van Baak & Mariman, 2019).

No que diz respeito às dietas que restringem o consumo de determinados alimentos, surgem, a dieta paleolítica, a dieta sem glúten, a dieta vegetariana e a dieta mediterrânica. A dieta paleolítica, é caracterizada por apenas ser permitido o consumo de alimentos paleo (e.g., frutas, vegetais e carnes magras) e proibido o consumo de outros alimentos (e.g., cereais, legumes e laticínios; Genoni et al., 2016). É um tipo de dieta que tem alguns custos e pouca evidência a nível dos efeitos secundários e benefícios para a saúde, pelo que pode se tornar

menos praticável, mesmo que os seus efeitos a curto prazo sejam significativos (Obert et al., 2017; Freire, 2020). A dieta sem glúten, é caracterizada pela realização de uma alimentação sem recorrer à proteína glúten (i.e., alimentos que contêm cereais como aveia, trigo e centeio), e sobre a sua associação com a perda de peso, pouco se sabe, não existindo estudos suficientes para provar que indivíduos que consomem alimentos que contêm glúten aumentam o peso, e que indivíduos que não os consomem podem diminuir o mesmo (Freire, 2020). No que diz respeito à dieta vegetariana, este tipo de dieta exclui do plano alimentar todos os alimentos provenientes de animais. Um estudo que pretendeu observar a eficácia da dieta vegetariana, verificou que o IMC destes indivíduos, quando comparado com o IMC de indivíduos que não tinham um plano alimentar vegetariano, era menor, observando uma associação positiva entre a dieta vegetariana e a perda de peso (Barnard et al., 2015). Relativamente à dieta mediterrânica, esta não restringe nenhum alimento em específico, é caracterizada pela sua riqueza em vegetais e pobreza em carnes vermelhas e laticínios. Os resultados da adesão a esta dieta mostram eficácia na iniciação e manutenção da perda de peso (Shai et al., 2008). Relativamente à dieta de jejum, estas são caracterizadas pelo jejum intermitente. É uma dieta que como o nome indica, obriga os indivíduos a não ingerirem calorias durante um período intermitente (16 e 48 horas) e após esse período, quando existe a ingestão de calorias, a alimentação é normal, sem nenhum tipo de dieta adicional (Mattson et al., 2017). A literatura existente sobre a eficácia do jejum intermitente na perda de peso é escassa (Obert et al., 2017).

Para além disto, uma meta análise de Obert e colaboradores (2017) inclui ainda as dietas de sumos *detox*. Nestas dietas as únicas calorias ingeridas pelos indivíduos são as contidas nos sumos (Klein & Kiat, 2015). São caracterizadas por serem dietas de curta duração, onde por norma, ocorre de facto perda de peso, mas tende a existir o ganho do mesmo quando a dieta termina (Obert et al., 2017).

Ainda no âmbito das dietas para a perda de peso, surgem também os substitutos de refeição. Estes substitutos incluem por exemplo batidos, barras e refeições pré feitas. O objetivo é que o número de refeições diárias ditas normais seja reduzido e que no seu lugar se tomem os substitutos de refeição. A investigação na área revela que a adesão a este tipo de dieta está relacionada com o sucesso da perda de peso (Astbury et al., 2019; Kim, 2021).

Como foi vindo a ser referido ao longo do trabalho, parece que qualquer que seja a estratégia utilizada, desde a utilização de fármacos, à realização de uma cirurgia, ou intervenção psicológica é crucial que se realize atividade física e se altere o comportamento

alimentar. Nenhuma estratégia funciona sozinha e todas se complementam no sucesso de alcançar uma perda de peso bem-sucedida. Para além desta ideia, e tendo em conta os estudos mencionados, também podemos concluir que nem a prática de atividade física, nem a adesão à dieta, conseguem por si só uma perda de peso bem-sucedida, também estas têm de se complementar.

Perda de Peso Bem-sucedida versus Perda de Peso Mal-sucedida

Exposta alguma literatura sobre as estratégias procuradas para alcançar a perda de peso, a sua eficácia e necessidade de conjugação de várias estratégias, o presente trabalho procura agora expor estudos já realizados na área e perceber aquilo que se sabe sobre a perda de peso bem-sucedida e a perda de peso mal-sucedida.

Wing e Phelan (2005) concluem com o seu estudo sobre a manutenção da perda de peso a longo prazo, que entre as estratégias mais eficazes para tal, estão a prática de atividade física, a dieta sem o consumo excessivo de gorduras, a toma do pequeno-almoço e a auto-monitorização do peso. Para além disto, os autores concluem ainda que eventos relacionados com problemas de saúde, são propensos a levar os indivíduos a iniciarem uma perda de peso, assim como mantê-la a longo prazo. Paixão e colaboradores (2020) mostram resultados que vão ao encontro dos de Wing e Phelan (2005), que a restrição alimentar e a prática de atividade física estão fortemente associadas à perda de peso bem-sucedida. Para além disto, os autores identificam também a eficácia do planeamento do comportamento, do consumo de alimentos mais saudáveis, assim como ricos em proteínas.

No mesmo sentido, Wing e Phelan (2005) comparam indivíduos que conseguiram manter a perda de peso e indivíduos que recuperaram o peso, após a diminuição do peso inicial. No estudo, os autores concluíram que por detrás dos indivíduos que demonstraram recuperar o peso, estava por um lado, o abandono da prática de atividade física, e por outro uma negligência na restrição alimentar. Para além disto, os autores sugerem ainda que quanto mais tempo os indivíduos conseguirem manter o peso baixo, maiores vão ser as probabilidades de não recuperarem o peso. Ou seja, uma perda de peso de menos de dois anos, tem menos probabilidade de se tornar eficaz a longo prazo do que uma perda de peso de mais de cinco anos.

Para além disto, muitas barreiras têm sido associadas às intervenções para a perda de peso. Abolhassani e colaboradores (2012) verificaram no seu estudo sobre barreiras e

facilitadores da perda de peso que os problemas físicos foram considerados uma grande barreira à perda de peso. Os autores consideraram ainda que a falta de motivação relacionada com o fracasso da perda de peso, pode muitas vezes estar relacionada com antigas tentativas falhadas ou com tentativas falhadas de pessoas próximas. O nível socioeconómico também foi considerado como barreira à perda de peso, no sentido em que frequentar um ginásio, fazer uma cirurgia, tomar medicamentos ou fazer uma alimentação mais saudável, não é acessível a todos os indivíduos que pretendem alcançar a perda de peso (Mauro et al., 2008). Desta forma, e em conformidade ao que foi referido anteriormente pela OMS, a necessidade de tornar acessível as escolhas potenciadoras de perda de peso, a toda a comunidade, parece urgente (OMS, 2024). Ainda no estudo de Mauro et al. (2008), referencia-se a perceção de pouco tempo que os indivíduos consideram ter para a perda de peso, seja por falta de tempo em praticar exercício físico, seja por falta de tempo em programar e realizar uma dieta saudável. Os autores consideram então que a limitação de tempo é uma grande barreira ao sucesso da perda de peso. Quando esta barreira é identificada, os substitutos de refeição anteriormente mencionados, parecem ser uma alternativa viável.

A literatura existente referente aos estudos qualitativos realizados no âmbito das estratégias de perda de peso bem-sucedida, é escassa. Apesar disto, alguns estudos foram realizados com o intuito de explorar questões relacionadas com estas problemáticas, tornando relevante abordá-los.

O estudo qualitativo de Metzgar e colaboradores (2015) teve como objetivo identificar as barreiras e os facilitadores identificados por participantes do sexo feminino para a perda de peso e para a manutenção do mesmo. Os resultados deste estudo mostram que o suporte social, o planeamento prévio do(s) comportamento(s) a desempenhar, o controlo das porções de comida ingeridas, a prática de exercício físico, o suporte nutricional e o compromisso com os outros, foram identificados como estratégias facilitadoras tanto para a perda de peso como para a manutenção do mesmo. Em contrapartida, alterações do estado de saúde geral, pressões ambientais, pouco suporte social e episódios de vida foram considerados como barreiras à perda e manutenção do peso.

Em conformidade com estes resultados, com a particularidade da amostra recolhida para o desenvolvimento do estudo serem indivíduos com doença mental grave, Vazin e colaboradores (2016) mostraram que entre as estratégias mais mencionadas para a perda de peso, estão a redução das porções de comida, a redução do consumo de açúcares, o exercício físico e o suporte social. Acrescentando estratégias como a ingestão de mais água e a

preparação de refeições em casa. Relativamente às barreiras identificadas pelos participantes para a perda de peso, foram referidas dificuldades em controlar as quantidades de comida ingeridas e os custos.

Outro estudo qualitativo desenvolvido no âmbito das estratégias utilizadas para perder peso e para manter o mesmo, foi desenvolvido por Rogerson e colaboradores (2016). Os autores identificam o pensamento dicotómico, o ambiente, as pressões sociais e a centralização no peso (i.e., o controlo excessivo do peso com influência negativa na perda do mesmo) como barreiras à execução do comportamento. Como facilitadores da perda de peso, sugerem o mindfulness, a literacia alimentar, o exercício físico, a perceção de controlo, a vontade de mudar, o suporte social e a auto-monitorização. Os autores agrupam estas estratégias em grupos de estratégias práticas, cognitivas, comportamentais, sociais e ambientais. Faz parte do grupo de estratégias práticas o exercício físico; do grupo de estratégias cognitivas, o pensamento dicotómico, a centralização no peso, o mindfulness, a literacia alimentar e a vontade de mudar; no grupo de estratégias comportamentais, surge novamente o mindfulness e o exercício físico, acrescentando-se a auto-monitorização; no grupo de estratégias sociais, são identificadas a pressão social e o suporte social; por fim, nas estratégias ambientais, os autores identificam o ambiente e a perceção de controlo. O pensamento dicotómico foi mencionado tanto por participantes em perda de peso, como por participantes em manutenção da perda de peso, assim como a centralização no peso. Já o ambiente, foi referido como uma barreira apenas pelos participantes em processo de perda de peso. As pressões sociais, embora tenham sido mencionadas em ambas as fases vividas, tiveram maior impacto nos participantes em processo de perda de peso. Relativamente aos facilitadores, todos foram identificados no início da perda de peso e na manutenção do mesmo.

Embora também focado na gestão de peso, o estudo de Joki e colaboradores (2020) não é no âmbito da perda de peso, no sentido em que os participantes incluídos não eram indivíduos com obesidade ou excesso de peso, mas sim indivíduos com peso normal desde a infância. Apesar disto, é relevante que se considerem os resultados do estudo devido à escassez de estudos qualitativos na área e por considerar a infância como relevante para a adoção de comportamentos saudáveis na vida adulta, uma vez que como referido anteriormente, cada vez mais são as crianças que sofrem de obesidade e excesso de peso. Os autores referem a importância da infância na gestão de peso bem-sucedida ao longo da vida e indicam um conjunto de fatores que influenciam este sucesso, nomeadamente a educação

alimentar, a autoeficácia e os hábitos. Os autores sugerem que uma boa educação alimentar feita pelos pais durante a infância dos filhos está relacionada com a adoção e manutenção de estilos alimentares mais saudáveis, durante a idade adulta. Relativamente à autoeficácia, os autores mostram que a perceção de responsabilidade para a execução do comportamento, a confiança nas escolhas e rotinas alimentares, estão relacionadas com a manutenção do peso nos participantes do estudo. Por fim, no que diz respeito aos hábitos, estes têm vindo a ser um conceito cada vez mais introduzido na investigação sobre a gestão de peso e de certa forma está relacionado com o conceito de educação alimentar primeiramente introduzido pelos autores, no sentido em que também são inculcados durante a infância e contribuem para a gestão de peso bem-sucedida na idade adulta.

Posto isto, e considerando a dificuldade que existe na iniciação da perda de peso e posterior manutenção da mesma depois da redução do peso, o presente estudo concentra-se não só nas estratégias de iniciação da perda de peso, como também nas estratégias eficazes para a manutenção deste peso perdido. À luz de duas taxonomias de mudança comportamental apresentadas de seguida, o objetivo do estudo foi perceber quais as estratégias que estão por detrás da iniciação e manutenção bem-sucedida da perda de peso em adultos.

Taxonomia de Técnicas de Mudança Comportamental (Behaviour Change Techniques Taxonomy – BCT's)

A taxonomia introduzida por Michie e Abraham (2008), designada por técnicas de mudança de comportamento (BCT's), surgiu da necessidade de aproximar as intervenções realizadas no âmbito da mudança comportamental, como o aumento da atividade física, a alimentação saudável, entre outras intervenções da área da saúde. Esta necessidade partiu da noção de que a falta de existência de um rótulo para definir técnicas de mudança comportamental podia resultar na presença de diversos conceitos para se referir à mesma técnica. Tal facto poderia contribuir para a falta de confiabilidade nas intervenções de mudança comportamental realizadas, e ainda na replicação de intervenções semelhantes, por se julgar que se trabalharia com diferentes conceitos, que na verdade eram os mesmos, por não existir uma definição ampla e geral destes mesmos conceitos (Abraham & Michie, 2008; Michie et al., 2013).

O objetivo de padronizar as técnicas utilizadas nas diferentes intervenções de mudança comportamental levaria a uma maior confiabilidade nas intervenções e nos

resultados das mesmas. A existência de um padrão permite replicar intervenções com as mesmas técnicas de base (BCT's) e a noção de quais são eficazes no desenvolvimento das intervenções, ou seja, permite comparar intervenções de forma mais sistemática e concluir com mais confiança acerca da sua eficácia (Abraham & Michie, 2008; Michie et al., 2013).

A taxonomia contém 93 técnicas, distribuídas por dezasseis grupos: (1) objetivos e planeamento, (2) feedback e monitorização, (3) suporte social, (4) conhecimento, (5) consequências naturais, (6) comparação do comportamento, (7) associações, (8) repetição e substituição, (9) comparação de resultado, (10) recompensa e ameaça, (11) regulação, (12) antecedentes, (13) identidade, (14) consequências programadas, (15) crença pessoal, e (16) aprendizagem indireta.

O estudo de Asbjørnsen e colaboradores (2020) com indivíduos com obesidade, fornece informação acerca de quais as BCT's, identificadas pelos participantes, que possibilitam a manutenção de uma perda de peso bem-sucedida. Os resultados do estudo mostram que o grupo (1) objetivos e planeamento; (2) feedback e monitorização; (3) apoio social; (5) consequências naturais; (13) identidade; e (15) crença pessoal; foram os grupos de BCT's mais importantes para a manutenção da perda de peso. Em conformidade, o estudo de Berry e colaboradores (2023) refere que os grupos de BCT's mais frequentes foram (1) objetivos e planeamento e (2) feedback e monitorização. Adicionalmente, os autores incluem o grupo (4) conhecimento.

Oxford Food and Activity Behaviors (OxFAB)

Seguindo o princípio de categorização da BCT, mas especificamente para a mudança comportamental no âmbito da gestão de peso, desenvolveu-se a taxonomia *Oxford Food and Activity Behaviors* (OxFAB; Hartmann-Boyce et al., 2016), com o intuito de categorizar as estratégias cognitivas e comportamentais relatadas pelos indivíduos durante a perda de peso.

Inicialmente, definiram-se as estratégias e os domínios relativos à gestão de peso a partir de uma análise qualitativa da informação já existente, relativa às estratégias (cognitivas e comportamentais) utilizadas e relatadas por indivíduos em processo de gestão de peso. Sendo o objetivo tornar a taxonomia abrangente, estas estratégias, embora individuais, deveriam ser genéricas da gestão de peso e por isso, comuns a vários indivíduos, não correndo o risco de existirem estratégias que não pudessem ser replicáveis (Hartmann-Boyce et al., 2016). Agruparam-se as várias estratégias dentro dos diferentes domínios e realizou-se

a comparação com as teorias (e.g., teoria sociocognitiva, teoria do comportamento planeado) e taxonomias (e.g., técnicas de mudança comportamental) pré-existentes (Hartmann-Boyce et al., 2016). Por fim, de forma a testar a taxonomia, recorreu-se a uma revisão sistemática, onde um revisor com conhecimento da taxonomia e outro sem conhecimento da mesma, codificaram individualmente várias intervenções de perda de peso em adultos com obesidade ou com excesso de peso (Hartmann-Boyce et al., 2016).

A taxonomia OxFAB abrange 117 estratégias distribuídas por 23 domínios: (1) compensação energética, definida como a compensação posterior de algo calórico que se ingeriu anteriormente, como forma de controlar o peso, (2) definição de metas, em que o indivíduo define previamente metas a realizar, (3) imitação (modelagem), caracterizada pela adoção de um comportamento alimentar ou físico que observou noutra pessoa, (4) gestão de impulsos: aceitação, o indivíduo aceita sentimentos menos positivos de determinada situação agindo naturalmente, (5) Gestão de impulsos: consciência dos motivos, o indivíduo lida com os sentimentos menos positivos fazendo uma avaliação do motivo do impulso, (6) gestão de impulsos: distração, o indivíduo recorre à distração como forma de não ceder à tentação do impulso, (7) gestão de impulsos: adiamento, quando o indivíduo utiliza o atraso para responder ao impulso, (8) gestão de impulsos: substituição, o indivíduo utiliza uma estratégia substituta quando tem vontade de comer, (9) procura de informação, caracterizada pelo aumento do conhecimento sobre determinada situação como forma de facilitar a perda ou controlo do peso, (10) motivação, considerada quando o indivíduo utiliza estratégias que aumentam a vontade de perder ou controlar o peso, (11) planeamento de conteúdo, caracterizado pela organização da alimentação e atividade física, previamente à realização do comportamento, (12) programação da dieta e atividades, caracterizada pela definição do local e contexto onde a alimentação e a atividade física vão decorrer, como forma de facilitar a realização do comportamento, (13) regulação: permissões, o indivíduo permite-se consumir certo tipo de alimentos e frequentar certos tipos de espaços físicos, (14) regulação: restrições, o indivíduo não consome determinados alimentos e não frequenta determinados espaços físicos, (15) regulação: definição de regras, caracterizada pela definição da resposta que o próprio vai ter a situações específicas, (16) restrição, caracterizada, como o nome indica, pela restrição das quantidades dos alimentos consumidos, (17) recompensa, através da mesma, o indivíduo reforça determinados comportamentos, (18) auto-monitorização, caracterizada pelo registo que o próprio faz dos seus comportamentos e resultados, (19) controlo de estímulos, definido pela alteração do ambiente como forma de facilitar o comportamento, (20) suporte:

buddying, o indivíduo procura realizar o comportamento com alguém como forma de facilitar a sua realização, (21) suporte: motivacional, caracterizado pelo aumento da motivação após a partilha de metas e conquistas em relação à perda de peso, (22) suporte: ajuda profissional, definido como o suporte procurado pelo indivíduo, num profissional, como forma de alcançar a perda de peso, (23) auxiliares de gestão de peso, o indivíduo procura outras estratégias para alcançar a perda de peso, como por exemplo, medicamentos. As estratégias foram ainda utilizadas para a construção do questionário OxFAB (Hartmann-Boyce et al., 2016; Hartmann-Boyce et al., 2017).

Hartmann-Boyce e colaboradores (2017) introduzem dois domínios que não estavam anteriormente incluídos na OxFAB: a auto experimentação, e o reenquadramento. A auto experimentação, é definida como a capacidade individual de considerar diferentes estratégias e perante os resultados, decidir quais são as que o indivíduo deve manter ou deve abandonar, de acordo com a sua experiência e crítica. O reenquadramento, é uma mudança na forma de pensar, por exemplo, o indivíduo deixa de pensar na alteração do comportamento alimentar, como uma dieta rígida e obrigatória que tem de seguir, e passa a encerrar esta mesma alteração como um modo de vida, uma escolha.

Os resultados do estudo de Paixão e colaboradores (2020) mostram que as estratégias mais utilizadas por indivíduos com sucesso na manutenção da perda de peso, após perda bem-sucedida inicial, foram a disponibilidade de alimentos mais saudáveis em casa, do domínio planeamento de conteúdo; a prática de atividade física, do domínio compensação energética; e a redução do consumo de alimentos com gorduras/açúcares e diminuição do consumo de determinados alimentos, do domínio regulação: restrições. Relativamente às estratégias menos frequentes, os autores identificaram estratégias do domínio suporte social: apoio profissional, auxiliares de gestão de peso e procura de informação.

De forma a desenvolver uma intervenção de mudança comportamental com resultados confiáveis, procurou-se utilizar as duas taxonomias em cima descritas (uma específica da mudança comportamental – BCT; outra de categorização das estratégias utilizadas para o caso específico da gestão de peso – OxFAB). Uma vez que a utilização da BCT permite a replicação da intervenção realizada e a utilização da OxFAB, sendo um inventário das estratégias referidas pela literatura como eficazes para o início e manutenção da perda de peso bem-sucedida, poderá contribuir para colmatar possíveis estratégias que não foram incluídas previamente na taxonomia e ainda, contribuir para a atualização dos domínios existentes, pareceu relevante incluí-las neste estudo.

Anexo B – Questionário de Triagem

1. Quanto pesava antes de começar a perder peso? _____ kg.
2. Quanto peso perdeu desde o momento que começou a perder peso até hoje? _____ kg
3. Pedimos-lhe agora ajuda para perceber em que momento (há quanto tempo) atingiu uma perda de 7% do seu peso corporal.

- a. Para calcular a quantos quilos correspondem os 7% no seu caso pessoal basta multiplicar o seu peso inicial (antes de começar a perder peso) por 7 e depois dividir o resultado por 100. Exemplo:

Peso inicial = 90Kg

Então $90 \times 7 / 100 = 6,3\text{kg}$ (7% do peso corporal)

Por favor calcule agora 7% do seu peso e insira esse número (que corresponde a quilos) no espaço em branco, na fórmula que se segue:

Peso inicial (quilos que tinha antes de começar a perder peso) $\times 7 / 100 =$ _____ kg

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

Mês _____; Ano _____.

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

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

Anexo C – 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 financiada 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 a 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 1
149-041 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: ____ / ____ / ____

(Rúbrica do participante)

Anexo D – Autorização para a Gravação da Entrevista

Autorização para a gravação da Entrevista

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

(Rúbrica)

Anexo E – Guião de Entrevista

Processos/fatores de INÍCIO de perda de peso bem-sucedida:

- i) Conte-me por favor a história sobre o seu peso
 - a) O que acha que contribuiu para começar a perder peso? O que fez nessa altura para iniciar o processo de emagrecimento?
 - b) Como foi para si a experiência de perder peso? Porque acha que perdeu todo este peso?
 - c) Como acha que conseguiu (o que o levou a conseguir, o que contribuiu) obter este novo peso muito mais baixo?
 - d) Acha que, imediatamente antes de começar a perder peso (ou na altura em que começou a perder peso), algo mudou dentro de si, internamente, que tenha permitido ou ajudado a PERDER este peso?
 - e) Na sua opinião, antes de começar a perder (ou na altura em que começou a perder peso), algo mudou na sua vida, à sua volta, que tenha permitido ou ajudado a PERDER este peso?

Processos/fatores de MANUTENÇÃO do novo peso mais baixo

- a) Depois de ter perdido grande parte do peso, na sua opinião, o que contribuiu para conseguir manter este novo peso, mais baixo?
 - b) Acha que, depois de ter perdido todo esse peso, algo mudou em si, internamente, que tenha permitido ou ajudado a MANTER esse novo peso, tão inferior ao anterior?
 - c) Depois de ter conseguido diminuir de forma tão significativa o seu peso, acha que algo mudou na sua vida, no seu meio à sua volta, e que tenha permitido ou ajudado a MANTER este novo peso mais baixo?
- (**Informação**) O que acha que resultou no seu caso e que conduziu à perda de peso? Qual a estratégia, o que fez para perder este peso?

- (**Processos/factores de perda**) Alguma vez, depois de ter começado a perder peso, se sentiu a ganhar peso descontroladamente, sem que conseguisse travar o aumento? Quando? Porque acha que isso aconteceu?

- (**Estratégias**) O que é que tentou para perder peso e não resultou?

a) Estratégia 1: _____ Peso perdido ____ kg. Porque acha que não resultou? _____ E mais, tentou mais alguma coisa que não tivesse resultado?

b) Estratégia 2: _____ Peso perdido ____ kg. Porque acha que não resultou? _____ E mais, tentou mais alguma coisa que não tivesse resultado?

c) Estratégia 3: _____ Peso perdido ____ kg. Porque acha que não resultou? _____ E mais, tentou mais alguma coisa que não tivesse resultado?

d) Estratégia 4: _____ Peso perdido ____ kg. Porque acha que não resultou? _____ E mais, tentou mais alguma coisa que não tivesse resultado?

- (**Estratégias**) E o que é que fez (que estratégias concretas) que resultou nesta grande perda de peso que conseguiu? O que mudou para conseguir perder este peso (qual(quais) o(s) método(s), a(s) estratégia(s))?

a) Estratégia 1: _____ Peso perdido ____ kg

b) Estratégia 2: _____ Peso perdido ____ kg;

c) Estratégia 3: _____ Peso perdido ____ kg;

d) Estratégia 4: _____ Peso perdido ____ kg;

(**Estratégias**):

a) Fez este processo de perda de peso de forma gradual ou repentinamente? O que fez gradualmente (ou repentinamente)?

b) Utilizou alguma ordem específica em relação às mudanças que fez (por ex., primeiro pequenas e depois grandes mudanças, ou exactamente ao contrário – primeiro grandes mudanças e depois pequenas). Que mudanças fez?

c) Sentiu que teve de perder, de privar-se de alguma coisa no processo de emagrecimento? Se sim, o quê? _____ Era importante para si? Porquê?

d) Sentiu-se a ganhar algo ao emagrecer? Se sim, o quê? _____ Foi importante para si ganhar isto? Porquê?

e) Houve alguém que o tenha ajudado no processo? Se sim, quem? _____ Qual o papel desta pessoa no seu emagrecimento? _____ Ela continua a ajudá-lo a manter este peso mais baixo? De que forma? _____ Se por alguma razão esta pessoa não o poder auxiliar mais, como pensa fazer para manter o novo peso mais baixo?

- (**Estratégias/informação**) Que conselho daria, ou o que diria, a uma pessoa da sua idade, com um peso muito próximo daquele que teve antes de emagrecer, e que estivesse a sofrer com o peso actual e respectivas consequências?

Anexo F – Questionário Sociodemográfico e Questionário da Saúde

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 20.0001 a 37.500€ ____ De 37.501 a 70.000€ ____ Superior a 70.000€ ____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

A – Menopausa (só para mulheres):

1. Tem ciclos menstruais regulares, com a menstruação a acontecer todos os meses? Sim ____
Não ____
2. **Nos últimos 12 meses** teve alterações no seu ciclo menstrual (a duração dos ciclos alterou-se significativamente ou passou 2 ou mais meses sem ter o período)? Sim ____ Não ____
3. Já esteve **12 meses** (ou mais tempo) sem ter menstruação? Sim ____ Não ____

4. Que idade tinha quando teve a sua última menstruação? _____ anos

B – Saúde geral e Peso

5. Teve recentemente alguma(s) doença(s)? Sim ___ Não ___

i. Se sim, qual(quais)? _____

6. Teve recentemente algum problema psicológico? Sim ___ Não ___

7. Qual o seu peso actual? _____ kg

8. E a sua altura? _____ m

9. Qual foi o **peso mais alto** que teve em toda a vida adulta (excluindo gravidez)? _____ kg

i. Quando (em que ano) teve este peso (mais alto)? _____

ii. Durante quanto tempo manteve este peso (mais alto)? _____ meses.

10. Qual o **peso mais baixo** que teve em toda a vida adulta? _____ kg

i. Quando (em que ano) teve este peso (mais baixo)? _____

ii. Durante quanto tempo manteve este peso (mais baixo)? _____ meses.

11. Desde quando começou a ter peso a mais? Desde criança ___ Desde a adolescência ___
Desde o início da idade adulta ___ Desde a menopausa ___ Outro (explique, por favor) _____

12. Quantas tentativas fez para emagrecer na sua vida:

i. que tenham resultado numa perda de peso: _____

ii. que não tenham resultado numa perda de peso: _____

C – Consumo de tabaco, álcool e café

13. É fumadora? Sim, sou fumadora ___ Não, sou ex-fumadora ___ Não, nunca fumei ___

i. (Caso seja fumadora) Fuma todos os dias? Sim ___ Não ___

ii. (Caso seja fumadora) Quantos cigarros fuma: **por dia** ____ ou **por mês** ____?

14. Consome bebidas alcoólicas? Sim ____ Não ____

i. Se sim, com que regularidade: diariamente ____ todos os fins-de-semana ____
raramente ____

ii. Se sim, em que quantidades: até ficar embriagado(a) ____ moderadamente ____ menos
de um copo por cada ocasião ____

15. Costuma tomar café? Sim ____ Não ____

i. Se sim, quantos cafés costuma tomar? Mais de 5 cafés por dia ____ Entre 4 e 3 cafés
por dia ____ Entre 2 e 1 café por dia ____ Só tomo café ocasionalmente ____


D – Exercício físico e peso

16. Pratica algum tipo de exercício físico (ir ao ginásio, caminhadas, etc.)? Sim ____ Não ____

i. Se sim, quantas vezes por semana? _____

ii. Se sim, durante quanto tempo (horas ou minutos) exercita? _____

Anexo G – Parecer da Comissão de Ética

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, I.P.E. HOSPITAL DE SANTAMARIA Hospital Prof. Dr. João de Deus 

Presidente
Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente
Prof.^a Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)

Membros
Dra. Ana Lúcia Figueiras (CHLN)
Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)
Dra. Elka Pedro (CHLN)
Padre Fernando Sampaio (CHLN)
Dra. Graça Nogueira (CHLN)
Mestre Eng.^a Isabel Côrte-Real (CHLN)
Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)
Prof. Doutor António Barbaço (FML)
Prof. Doutor Assisio Vaz Carneiro (FML)
Prof. Doutor João Lavínia (FML)
Prof. Doutor Manuel Vilaverde Cabral (FML)
Prof. Doutor José Batista Moura (FML)
Prof.^a Doutora Maria do Céu Roaf (FML)

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

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2013

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

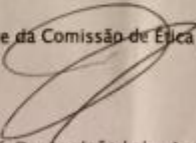
Relator – Dr. Mário Miguel Rosa

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

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

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


Prof. Doutor João Lobo Antunes

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

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

www.chln.pt

Anexo H – Estratégias e Aspectos Facilitadores de Início da Perda de Peso Bem-sucedida

Estratégia/Aspectos Facilitadores	Definição	Exemplo	frequência de menções (<i>n</i> de participantes)
Estratégias e Aspectos facilitadores de início da perda de peso bem-sucedida			
Aceitar uma perda de peso lenta	Aceite que a perda de peso é lenta numa fase inicial e ao longo de todo o processo.	“(…) a pessoa que faz a dieta quer sempre resultados, (...), mas a gente muda de vida com calma (...)”	1 (1)
Adaptação da dieta às preferências pessoais	Mencionar a adaptação da dieta (feita pelo profissional) às preferências pessoais da pessoa como estratégia de sucesso.	“(…), por isso é que eu acho que também foi bem-sucedido porque perceberam que o meu estilo de vida (...) e adaptar um plano alimentar.”	6 (4)
Adaptação fisiológica da restrição alimentar	Adaptação ou alteração fisiológica/muscular resultante da redução alimentar e que facilitou a perda de peso.	“(…) as quantidades indicadas pela Doutora Teresa Herédia não tinham nada a ver com as quantidades que eu comia. (...). (...) cheguei à conclusão que precisava de muito menos comida do que pensava.”	8 (8)
Adicionar objetos ao ambiente	BCT. 12.5. Adicionar objetos ao ambiente. Adicionar objetos ao ambiente para facilitar um	“(…) eu fui comprar uma bicicleta. E e comecei a andar de bicicleta outra vez.”	1 (1)

	comportamento que ajude a iniciar a perda de peso.		
Alternativa pessoal	Capacidade de flexibilizar e adaptar as recomendações feitas por um clínico, (e.g., nutricionistas), às necessidades pessoais de ingestão de comida; transformar uma regra recomendada numa nova regra que integre melhor as necessidades/gostos pessoais.	“(...) sentia o estômago vazio, então para colmatar isso em vez de comer, sei lá feijão-verde comia pimento porque tem uma digestão mais difícil.”	34 (17)
Antecipar arrependimento	BCT. 5.5. Visualização de arrependimento futuro. Induzir ou promover a consciencialização sobre as expectativas de arrependimento futuro perante o desempenho de um comportamento indesejado.	“(...) e depois, como pensava <i>Isto vai-me fazer mal, não vou perder peso por isto.</i> ”	1 (1)
Antecipar barreiras	Antecipar consequências negativas (arrependimento, barreiras, dificuldades da perda de peso) de não se envolver em comportamentos de perda de peso no presente.	“(...) poderia estar a entrar nos 40 e toda a gente dizia que depois de entrar nos 40 é difícil perder peso”	9 (7)
Aumentar o número de refeições	Passar a fazer um maior número de refeições ao longo do dia.	“(...) deixei de fazer três refeições por dia e passei a fazer seis, seis normalmente cinco (...).”	25 (14)

Aumento do consumo de alimentos			0
Aumento do consumo de alimentos: bolachas de água e sal	Comer bolachas de água e sal entre refeições ou quando tiver fome.	“(…) às vezes sinto um bocado de fome. Como essas bolachinhas de água e sal.”	2 (1)
Aumento do consumo de alimentos: água	Aumento da ingestão de água.	“(…) beber muita água no processo, passei a beber sempre um litro e meio de água por dia em média.”	27 (19)
Aumento do consumo de alimentos: arroz	Aumento do consumo de arroz.	“(…) passei a comer muito mais arroz acima de tudo arroz.”	1 (1)
Auto responsabilização	Auto responsabilização como tomada de consciência de que se é responsável por implementar a mudança necessária à perda de peso.	“A competência é nossa, (...). Portanto a competência é nossa. As escolhas são nossas.”	8 (7)
Autoconfiança	Importância da autoconfiança para atingir a perda de peso.	“A pessoa ganha mais confiança nela própria. (...) e é importante que estejamos bem com nós próprios para poder também enfrentar o resto.”	6 (6)

Autoeficácia	Percepção de autoeficácia, no início da perda de peso, para implementar/fazer algo relacionado com a diminuição do peso traduzindo-se em percepção de facilidade.	“Que não custa. Não custa e se quiser consegue. Não custa, é racional, se quiser consegue.”	69 (30)
Autoestima	Avaliação positiva do próprio, que facilitam a perda de peso.	“Uma boa auto-estima, uma maior confiança ajuda sempre.”	20 (10)
Auto-experimentação	OxFAB. Auto-experimentação. Experimentação de diferentes técnicas e comportamentos, avaliando os resultados e decidindo a continuação ou abandono do comportamento, de acordo com esses resultados.	“(…) levou-me a experimentar um exercício novo e levou-me, quando eu comecei a correr mais, comecei a apaixonar-me por aquilo (…).”	14 (7)
Auto-monitorização	OxFAB. Auto-monitorização: registar regularmente comportamentos ou resultados específicos. Auto-monitorização de peso, forma corporal ou comportamentos com impacto na perda de peso, que inclua o registo sistemático da mudança.		0
Auto-monitorização da quantidade de comida ingerida	OxFAB. Auto-monitorização: medir a quantidade de comida.	“(…) tive um guia de quantidades que devia pôr no prato (…).”	2 (1)

	Monitorização da quantidade de comida que ingere.		
Auto-monitorização do conteúdo dos alimentos ingeridos	OxFAB: Auto-monitorização: medir o conteúdo dos alimentos. Monitorização do conteúdo dos alimentos que come (e.g., calorias).	“(..) já estava a contar as calorias daquilo que eu estava a comer (...)”	1 (1)
Auto-monitorização do peso	OxFAB. Auto-monitorização: pesar-se Auto-monitorização do peso, através da pesagem.	“Depois também ganhei o hábito de me pesar sempre ao sábado de manhã (...)”	17 (13)
Auto-monitorização do peso através das roupas	OxFAB. Auto-monitorização: controlar o aperto da roupa/anéis. Auto-monitorização de peso, através de roupas.	“Mas a primeira fase, eu perdi, perdia 1 Kg por semana. Portanto a calças caíam-me. Passei do 40 para o 36.”	2 (2)
Auto-monitorização do comportamento	BCT. 2.3. Auto-monitorização do comportamento. Referência à monitorização do comportamento.	“(..) já estava a contar as calorias daquilo que eu estava a comer (...)”	3 (2)
Auto-monitorização dos resultados do comportamento	BCT. 2.4. Auto-monitorização dos resultados do comportamento Referência à monitorização dos resultados do comportamento.	“Quando me pesei na balança, notei logo 5kg.”	12 (11)
Bem-estar	Referência a um maior bem-estar após o início da perda de peso.	“E depois perdendo peso a pessoa sente-se um bocadinho melhor.”	6 (6)

Características profissionais	Ter uma atividade profissional que facilite o início da perda de peso.	“Hum... principalmente esse processo foi que eu comecei a dar aulas de, de spinning (...) no ginásio, o que obrigaria a treinar novamente. (...)”	10 (3)
Cirurgia	Referência à realização de uma cirurgia (e.g., banda gástrica) como relevante para o início da perda de peso.	“(...) e portanto é obvio que a cirurgia ajudou muito (...)”	56 (13)
Comer com mais frequência	Fazer mais refeições durante o dia evitando passar muito tempo sem comer e ingerindo menos alimento em cada uma como estratégia de perda de peso bem-sucedida.	“Comecei a comer mais vezes (...)”	2 (2)
Comer sozinho	Comer sozinho como forma de evitar ficar exposto à tentação provocada pela comida das pessoas com as quais antes partilharia a refeição.	“(...) houve vezes que eu tive de comer no meu quarto, que eu não os podia ver a jantar.”	2 (2)
Compensação energética: comida	Referência a um ajuste consciente de comportamentos para alterar a ingestão e/ou gasto energético para controlar o peso à luz da ingestão ou gasto energético anterior.	“(...) tinha consciência, se eu comia um prato cheio de massa ao almoço, então se calhar ao jantar só podia comer peixe.”	6 (5)

Condicionamento involuntário da cirurgia	Condicionamento involuntário da ingestão excessiva de comida devido à cirurgia.	“(…) comia muito pouco porque é uma das coisas que é mais difícil para quem tem banda comer.”	16 (7)
Consequências negativas de outros	BCT. 9.3. Imaginação comparativa de resultados futuros. Perceção das consequências negativas (de natureza díspar) noutras pessoas.	“(…) eu tenho uma avó que teve um enfarte porque tinha colesterol e tinha diabetes e teve praí sete anos acamada, pronto e eu isso quero também evitar.”	7 (5)
Controlar os desejos	Expressão da gestão desejos sem especificar a estratégia utilizada para realizá-lo.	“E a pessoa não não se deixar tentar por impulsos.”	1 (1)
Controlo de estímulos: alteração do ambiente pessoal	OxFAB. Controlo de estímulos: alterar o ambiente pessoal de modo a que seja mais favorável aos comportamentos-alvo. Adaptação de múltiplos aspetos da vida de forma permitir o processo de redução de peso.	“Eu então deixei de ser cozinheira, passei a ser auxiliar num lar.”	9 (8)
Controlo de estímulos: manter alimentos/bebidas pouco saudáveis fora de casa	OxFAB. Controlo de estímulos: manter os alimentos/bebidas pouco saudáveis fora de casa Deixar de ter em casa alimentos calóricos disponíveis, para evitar a sua ingestão.	“(…) eu deixei de ter aquelas coisas disparatadas que tinha em casa, os pacotes de batata frita, os pacotes de bolachas que eu mais gostava.”	7 (5)
Controlo de estímulos: preparar alimentos	OxFAB. Controlo de estímulos: preparar alimentos saudáveis de forma a torná-los mais apelativos.	“Então eu fui à procura de receituário gastronómico onde o prazer estivesse todo, até pudesse ser redobrado... e... hum...”	8 (1)

saudáveis de forma a torná-los mais apelativos.	Começar a cozinhar de forma mais elaborada os ingredientes da dieta de forma a tirar mais prazer da alimentação.	reduzir ao mínimo o número de calorias. E encontrei e passei a cozinhar assim.”	
Controlo de estímulos: utilizar pratos mais pequenos	OxFAB. Controlo de estímulos: utilizar pratos ou tigelas mais pequenos. Começar a comer em pratos mais pequenos do que os normalmente usados nas refeições principais.	“(…) comer num prato pequenino na mesma quantidade, eu dava-me a sensação que o prato estava cheio e ficava satisfeita.”	3 (1)
Criação de hábitos	BCT. 8.3. Criação de hábitos Referência à criação de um hábito depois da mudança de comportamento, que facilita a continuação do comportamento.	“Depois criou-se o hábito de saber fazer.”	10 (7)
Definição de objetivos	OxFAB. Definição de objetivos: Definição de objetivos comportamentais ou de resultados específicos. Referência à existência de objetivos, sem especificar os mesmos.	“(…) porque vimos que estamos a cumprir aquilo que traçamos como objetivo (…)”	17 (9)
Definição de objetivos: objetivos de	BCT. 1.1. Definição de objetivos (comportamento) OxFAB. Definição de objetivos: definir objetivos de atividade física.	“(…) fui fazer duas corridas de 10 Km em Outubro, Novembro, final de Outubro, início de Novembro, fiz mais duas de 10 Km, uma de 9 e mais uma de 6 (…).”	5 (4)

atividade física	Referência à existência de um objetivo relacionado com atividade física, a alcançar.		
Definição de objetivos: objetivos de ingestão alimentar	BCT. 1.1. Definição de objetivos (comportamento) OxFAB. Definição de objetivos: Definir objetivos de ingestão de alimentos. Referência à existência de um objetivo relacionado com a alimentação, a alcançar.	“(…) portanto o objetivo, o objetivo era precisamente disciplinar-me, saber que a disciplina alimentar era fundamental na minha vida.”	3 (3)
Definição de objetivos: objetivos de peso	BCT. 1.3. Definição de objetivos (resultados) OxFAB. Definição de objetivos: definir objetivos de peso. Referência à existência de metas de peso a alcançar como resultado da alteração de um comportamento.	“(…) e então comecei a fazer metas, quando perdi 20 estava com aproximadamente 110, queria perder mais 20 para chegar aos 90, e depois achei que quando chegasse aos 90 se calhar estava boa (…).”	31 (16)
Definição de regras	OxFAB. Definição de regras: ter respostas a situações específicas. Programar respostas a situações específicas.	“(…), outra das estratégias foi: <i>Exatamente, eu posso fazer isto e isto e isto e sei isto e isto e isto e vou aplicar isto ao meu dia e aquilo que posso fazer.</i> ”	2 (2)
Definição de regras: beber água para saciar a fome	OxFAB. Regulação: definição de regras: Beber um grande copo de água ou chá antes das	“De maneira que... e se aquela coisa de, a sensação de forma for grande, bebo água (…).”	7 (4)

	refeições para tentar limitar a ingestão e sentir-se saciado mais rapidamente. Beber água como forma de saciar e disfarçar a sensação de fome.		
Definir objetivos sem prazo	Definir objetivos de redução de peso, mas não estabelecer um prazo para atingi-los.	“Não pôr objetivos de tempo para perder o peso, é uma coisa que leva o tempo que for preciso.”	4 (3)
Deixar a medicação para a depressão	Mencionar o fim da medicação regular para sintomas depressivos/diagnóstico de depressão como estratégia que levou ao início da perda de peso.	“(…) a maior mudança foi que eu parei a medicação (...). Da depressão. E, de repente, tudo mudou, muda tudo. E comecei a perder algum peso.”	6 (1)
Desenvolvimento de literacia alimentar	BCT. 4.1. Instruções sobre como desempenhar o comportamento. Referência à aquisição de informação/aprendizagem feita acerca de ações relevantes para a perda de peso, sem fazer referência à fonte de informação/aprendizagem.	“Aquilo que me ensinaram foi sobretudo a a fazer outro outras combinações, não é? E a não, e a perceber que pequeninos pequenas atitudes, às vezes são grandes crimes (...)”	27 (17)
Desenvolvimento de literacia alimentar: família e amigos	BCT. 4.1. Instruções sobre como desempenhar o comportamento. Referência à aquisição de informação/aprendizagem feita acerca de ações	“(…) e em conversa com, com o meu cunhado que é médico, ele próprio me disse <i>ah mas é que se tu queres perder peso tens</i>	5 (5)

	relevantes para a perda de peso (informação/aprendizagem proveniente de um amigo ou familiar).	<i>que perder agora porque depois a tua idade não o permite (...)."</i>	
Desenvolvimento de literacia alimentar: médico	BCT. 4.1. Instruções sobre como desempenhar o comportamento. Referência à aquisição de informação/aprendizagem feita acerca de ações relevantes para a perda de peso (informação/aprendizagem proveniente de um médico).	“O meu problema é que eu não conseguia manter o peso e talvez um pouco como o Dr. Edgar, quando me viu pela primeira, e me disse <i>Você não vai lá com dietas. É claro. Eu estou a olhar para si, não há uma dieta para si. Você já tem o estômago demasiado dilatado (...).</i> ”	21 (14)
Desenvolvimento de literacia alimentar: nutricionista	BCT. 4.1. Instruções sobre como desempenhar o comportamento. Referência à aquisição de informação/aprendizagem feita acerca de ações relevantes para a perda de peso (informação/aprendizagem proveniente de um nutricionista).	“(...) a doutora nutricionista ensinou-me que posso comer todos os dias um pão ou com fiambre ou com queijo, ou com manteiga, não pode é mais do que um elemento.”	56 (26)
Desenvolvimento de literacia alimentar:	BCT. 4.1. Instruções sobre como desempenhar o comportamento. Referência à aquisição de informação/aprendizagem feita acerca de ações	“(...) com a Filipa... hum... para além de tudo, eu aprendi a fazer um auto-processo. (...). Eu aprendi... hum... eu aprendi como é que eu resolvo as coisas que são minhas.”	5 (4)

profissional de saúde mental	relevantes para a perda de peso (informação/aprendizagem proveniente de um profissional de saúde mental).		
Diálogo interno	BCT. 15.4. Diálogo interno Envolve-se em um auto diálogo positivo durante o comportamento.	“(...) eu comia, e dizia: <i>Pronto, agora já comeste de certeza imensas calorias, estás satisfeita. (...)</i> ”	13 (8)
Dieta variada	Fazer uma alimentação muito variada, comendo de tudo.	“(...) conseguia comer de tudo, não tinha qualquer problema (...).”	15 (8)
Diminuição do consumo de alimentos			0
Diminuição do consumo de alimentos: quantidades	Diminuição das quantidades sem especificação.	“Comecei a comer metade do que comia, enfim... Metade ao pequeno-almoço (...).”	62 (24)
Diminuição do consumo de alimentos: água	Diminuição da ingestão de água.	“(...) deixar de beber muita água. (...). Portanto beber praí um litro e meio ou dois de água por dia só e não beber água às refeições.”	6 (4)
Distração	BCT. 12.4. Distração OxFAB. Gestão de impulsos: distração:	“(...) sempre que identificava situações em que ficava mais, mais ansiosa pronto, aguentava, fumava.”	2 (2)

	<p>Encontrar outra atividade para fazer quando lhe apetece comer.</p> <p>Estratégias de evitamento para desviar o foco da atenção da comida.</p>		
Escolha de alimentos que atrasam a absorção	Escolher alimentos de grupos diferentes com o objetivo de atrasar a absorção.	“(...) um copo de leite, ou uma peça de fruta sempre acompanhada com uma bolachinha de água e sal para o organismo não assimilar tão depressa...”	3 (2)
Escolha do momento para iniciar a perda de peso em função da época do ano	Escolha do momento para iniciar a perda de peso em função da época do ano.	“Outra coisa que não é tanto da fase em si da minha vida mas do <i>timing</i> que eu escolhi, eu escolhi começar na Primavera porque, porque sei que sou mais no Verão do que no Inverno então ao suar estou a perder peso portanto foi uma coisa mais ou menos planeada.”	4 (3)
Escolha valorizada	Valorização da existência de várias opções e da possibilidade de fazer uma escolha personalizada.	“(...) a Dra. Teresa Herédia (...) quando eu cheguei lá (...) perguntou-me (...). O que é que eu gostava de comer e o que é que eu comia. (...). Eu disse exatamente aquilo que comia. E depois fez-me ali alguns ajustes. Mas não me retirou.”	12 (9)

Escolher alimentos que deixam o estômago cheio	Escolha de alimentos que provocam a sensação de estômago cheio	“(...) porque eu via quais eram os coisos, os legumes que eu podia escolher então pronto ia para aqueles que sentia mais o estômago cheio.”	2 (1)
Esforço para não perder capacidades adquiridas	Dispêndio de esforço para não perder capacidades para perda de peso já adquiridas.	“(...) tira-me a elasticidade, tira-me uma série de qualidades que eu quero manter.”	1 (1)
Estigma	Atitudes e crenças negativas (percebidas pelo próprio), sobre o excesso peso e manifestadas por estereótipos, enviesamento, rejeição ou preconceito.	“Ah...e porque a sociedade também é muito critica nisso, é-se critico nos empregos, no...é, é...a pessoa gorda ou obesa é sempre mal vista, é sempre vista como uma pessoa sem qualquer vontade (...)”	10 (4)
Estímulos/pistas não planeados	BCT. 7.1. Estímulos/pistas Expor-se a temáticas relacionadas com obesidade/perda de peso (e.g., programas de televisão), motivando a sua identificação e, conseqüentemente, pistas para a tomada de decisões relacionadas com o início da perda de peso.	“(...) e comecei...aliás, até foi com um programa na televisão (...) que era só mesmo sobre as cirurgias da, da obesidade. (...). E comecei a ver, comecei a identificar algumas, algumas situações...a perceber, depois comecei a ver também o “ <i>biggest loser</i> ” para perceber, comecei a ler sobre o assunto...”	3 (3)
Expectativa de criar impressão positiva	Expectativa de obter valorização por parte de outra pessoa acerca da perda de peso e/ou a	“(...) foi o querer impressionar a minha família e os meus amigos quando eu cá chegasse.”	4 (3)

	felicidade (emoção positiva) como consequência destes comentários/apreciação.		
Expectativa de criar impressão positiva no parceiro sexual	Causar uma impressão positiva em parceiros afetivo-sexuais atuais ou em potenciais novos parceiros.	“Pronto na altura também vivia com a minha namorada e queria um bocado impressioná-la (...).”	3 (3)
Expectativa de sucesso da estratégia adotada	Crença que a estratégia/solução de emagrecimento escolhida é adequada ao caso pessoal e acreditar na sua eficácia.	“Eu acredito que, que sem a cirurgia não teria perdido tanto peso.”	29 (21)
Facilidade fisiológica para a perda de peso	Perceção de facilidade fisiológica para perder peso.	“(...) o me corpo por si só já era fácil de perder peso.”	1 (1)
Feedback acerca do comportamento	BCT. 2.2. Feedback acerca do comportamento. Feedback acerca do comportamento sem especificar de onde vem o feedback.	“(...) segundo eles a minha pele recuperou, (...), as minhas cicatrizes recuperaram (...), eu própria recuperei os movimentos muito rápido (...).”	14 (12)
Feedback acerca do comportamento: médico	BCT. 2.2. Feedback acerca do comportamento. Feedback do médico acerca do comportamento.	“(...) 1 vez por ano (...) <i>é melhor ir ao médico porque vamos fazer análises.</i> ”	1 (1)
Feedback acerca do comportamento: nutricionista	BCT. 2.2. Feedback acerca do comportamento. Feedback do nutricionista acerca do comportamento.	“(...) ela disse já está bem (...) <i>Agora pode já abusar, pode comer um bolinho, pode comer já um docinho... (...).</i> ”	4 (3)

Feedback acerca dos resultados do comportamento	BCT. 2.7. Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento. Feedback acerca dos resultados do comportamento sem especificar de onde vem o feedback.	“(...) eu fui para lá com 45,3 de massa, e quando saí de lá já saí com 38,5.”	5 (5)
Feedback acerca dos resultados do comportamento: médico	BCT. 2.7. Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento. Feedback do médico acerca dos resultados do comportamento.	“(...) depois o médico também disse: <i>eh pá, você está a emagrecer demais (...).</i> ”	3 (3)
Feedback acerca dos resultados do comportamento: nutricionista	BCT. 2.7. Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento. Feedback do nutricionista acerca dos resultados do comportamento.	“E a Dr. Teresa naturalmente quando me analisou e quando me tirou as medidas (...).”	10 (10)
Feedback negativo	Perceção de avaliação negativa por parte de outros (significativos) devido ao excesso de peso como fator motivador para o início da perda de peso.	“(...) um amigo médico que me diz <i>agora é que tu atingiste um peso do qual não podes passar, estás verdadeiramente gordinha (...).</i> E eu pensei <i>isto atingiu o limite.</i> ”	3 (3)
Gestão de impulsos: aceitar a fome	OxFAB. Gestão dos impulsos: aceitação: aceitar a sensação de fome. Capacidade para tolerar/suportar a sensação (fisiológica ou psicológica) de fome	“(...) portanto custou-me muito habituar-me a comer uma sopa e uma fruta isso aí sim ficava com fome, aí tive mesmo que me controlar (...).”	8 (7)

Gestão de impulsos: aceitar desconforto da atividade física	OxFAB. Gestão de impulsos: aceitação: Aceitar os aspetos desconfortáveis da atividade física. Tolerância ao sofrimento face a uma situação desagradável relacionada com a prática de atividade física; capacidade de tolerar/suportar uma experiência que cause desconforto/sofrimento na manutenção da perda de peso.	“Sofre um bocadinho mais o corpo.”	1 (1)
Gestão de impulsos: aceitar o desejo	OxFAB. Gestão de impulsos: aceitação: aceitar o desejo de comer. Tolerância ao sofrimento face a uma situação desagradável e não específica; capacidade de tolerar/suportar uma experiência que cause desconforto/sofrimento (não especificado) na manutenção da perda de peso.	“(…), tive que privar da minha grande perdição que são os doces, eu adoro doces, sou guloso mesmo.”	10 (9)
Gestão de impulsos: lavar os dentes	OxFAB. Gestão de impulsos: substituição: lavar os dentes para reduzir o desejo de comer. Lavar os dentes como forma de reduzir a vontade de comer.	“(…) ao fazer a higiene dos dentes, já não me sinto tentada a comer, outras coisas, porque já lavei os dentes...”	1 (1)

Gestão de impulsos: questionar-se acerca da sensação de fome	OxFAB. Gestão dos impulsos: consciência dos motivos: pergunte a si próprio se tem fome quando dá por si a querer comer. Reconhecer a alimentação excessiva devido a emoções negativas durante o início da perda de peso como forma de parar/mudar esse padrão.	“(...) antes de pôr a banda, quando estava nervosa, ansiosa, stressada, tinha muita necessidade de comer doces, (...), não era comida de refeições, era doces, e depois da operação eu comecei a ter aquele comportamento quando estou ansiosa ou quando estou nervosa ou stressada não como.”	7 (5)
Gestão de impulsos: substituição de alimentos	OxFAB. Gestão dos impulsos: substituição. (necessidade de criar uma nova estratégia no domínio impulse management: substitution, relacionado com a substituição de algum alimento, por outro) Substitua um alimento não saudável/calórico por uma opção mais saudável/menos calórica.	“E a pessoa em vez de se deixar se deixar guiar, por exemplo, entra numa pastelaria em vez de se atirar ao, está com fome, ou um croquete ou uma coisa qualquer, não, bebe um copo de leite, por exemplo. (...) É mais uma questão de a gente não não deixar que o impulso fale por nós.”	1 (1)
Identidade associada ao comportamento modificado	BCT. 13.5. Identidade associada ao comportamento modificado Identidade alterada resultante de mudanças implementadas através de múltiplos comportamentos.	“Foi aprender novas escolhas, foi lucrativa, foi bastante lucrativa...foi como estar a aprender novamente a viver.”	13 (8)

Identificação de triggers	Identificação dos “triggers” de comportamentos de ingestão excessiva de comida como forma de mudar esses comportamentos.	“Ah...aprendi que como muito por ansiedade... (...). Que a parte da ansiedade leva a comer mais...”	21 (8)
Imitação (modelagem): copiar o comportamento de atividade física	BCT. 6.2. Comparação social OxFAB: Imitação (modelagem): copiar o comportamento de atividade física dos outros. Referência à adoção de um comportamento relacionado com atividade física, observado noutras pessoas.	“(...) ele tinha um programa muito fácil de seguir para chegar aos 5 quilómetros seguidos a correr e eu comecei realmente a seguir isso (...)”	1 (1)
Imitação (modelagem): copiar o comportamento de controlo de peso	BCT. 6.2. Comparação social OxFAB: Imitação (modelagem): copiar o comportamento de controlo de peso dos outros. Referência à adoção de um comportamento relacionado com o controlo do peso, observado noutras pessoas.	“Com essa comunidade eu percebi realmente que a musculação é importante, (...), foi ver nos outros e ver a explicação dos outros (...)”	6 (4)
Intenção	Manifestação de intenção para o início da perda de peso.	“Um dia, um dia disse a mim mesmo <i>Eu tenho que mudar, vou mudar, (...)</i> ”	67 (37)
Investimento na imagem corporal	Investir no corpo/aparência, como estratégia impulsionadora para o início da perda de peso.	“Eu fiquei com a minha barriga com uma cova muito grande das 3 cicatrizes (...). Entretanto eu, eu resolvi fazer aqui (...). Uma intervençãozinha, mas foi uma coisa	3 (3)

		pequena, mas que nem imagina como como me estimulou ainda mais (...).”	
Jantar mais cedo	Começar a jantar mais cedo para diminuir o impacto da refeição na noite.	“E então aprendi que tinha que comer mais cedo (...).”	3 (1)
Medicação	Referência à toma de medicação como facilitadora da manutenção da perda de peso.	“Acho que são mais os medicamentos... hum... do que outra coisa.”	1 (1)
Modificação inicial valorizada	Avaliar a mudança inicial (seja um novo método adotado, resultados/resultados iniciais ou ambos), como estratégia para a perda de peso.	“(...) e eu cada vez a gostar mais da minha silhueta, da forma como me estava a sentir (...) e, pronto que me deu essa força.”	30 (24)
Motivação	Expressão de motivação/força de vontade/energia após um comportamento/resultado percebido como bem-sucedido no início da perda de peso.	“(...) ensinou-me certos truques pequeninos de como é que devia começar a fazer para ver se conseguia...ter algum sucesso a emagrecer e eu comecei a fazer, comecei-me a entusiasmar (...).”	42 (24)
Mudança do comportamento alimentar	Descrição de uma mudança no comportamento alimentar.	“Foi passar a comer de uma forma melhor, antes comia de facto de uma forma má ou pior. E passei a comer de uma forma melhor mais saudável (...).”	81 (38)
Mudanças corporais	BCT. 12.6. Mudanças corporais.	“(...) faço para mim, para me sentir bem e isso foi muito simpático porque conseguia-	9 (8)

	Referência a alterações corporais no início da perda de peso que facilitam a mudança comportamental.	me ver alterar gradualmente e sentia-me bem.”	
Não misturar alimentos	Não misturar alimentos, como estratégia para a perda de peso.	“Não misturar certos alimentos. (...). Porque a mistura de certos alimentos acaba por engordar portanto, entende?”	11 (9)
Necessidade de suporte social	Identificar a necessidade de apoio social para iniciar o processo de emagrecimento.	(...) perceber que... hum... sozinha não conseguia, não é?”	22 (16)
Parar de comer em frente aos ecrãs	Abandono da ingestão de comida enquanto está a trabalhar/estudar.	“(...) era muito raro haver uma noite (...) em frente ao computador em que não estivesse ao lado (...) pequenas coisas que se vão comendo, pequenas quantidades de açúcar que se vão comendo, coisas desse género (...). E portanto, esse (...) é um corte (...).”	1 (1)
Perceção de tempo disponível	Intenção de utilizar a perceção de tempo disponível para poder fazer as atividades necessárias à redução de peso como exercício, ou fazer as refeições dentro dos horários.	“Nessa altura, eu tinha muito tempo disponível então, podia-me dedicar mais ao desporto do que noutras fases da vida. Portanto, também foi uma maneira que eu, que eu vi de aproveitar isso.”	3 (2)
Consciência do peso/alteração corporal	Ter uma noção clara da mudança em relação às alterações de peso/forma corporal.		0

Perceção: mudanças de peso	Perceber uma diminuição de peso sem uma medida adequada e sem planear uma medição sistemática.	“(…) não faço ideia de valores mas também houve uma grande diferença (…)a nível mesmo visível no corpo.”	68 (30)
Perceção: qualidade dos alimentos	Ter consciência da quantidade/qualidade dos alimentos consumidos como forma de promover a perda de peso.	“(…) e realmente ter a noção das calorias que a pessoa tem ingerido (…).”	14 (10)
Perceção: roupa larga	Perceção de que a roupa estava a ficar mais folgada, a servir, ou mesmo larga e a necessitar de aperto.	“(…) a ver que já a roupa me estava a servir, já começava a conseguir abotoar melhor as coisas e comecei assim (…).”	21 (17)
Persistência/compromisso	BCT. 1.9. Compromisso Indicação de persistência/ compromisso/ disciplina para realizar o comportamento.	“(…) mas era uma coisa persistente, não era fazer hoje (…) e depois amanhã já não fazer, tinha que ser uma coisa consistente (…).”	48 (24)
Persistência/compromisso: comida	Indicação de persistência/ compromisso/ disciplina para manter o comportamento alimentar.	“(…) eu também consegui (…) fazer esse programa todo “certinho, direitinho” (…) e daí eu achar que as coisas funcionaram bem (…).”	61 (33)
Planeamento de conteúdo			0
Planeamento de conteúdo:	BCT. 1.4. Planeamento da ação	“Agora o que eu fiz foi encontrei uma actividade que gosto de fazer.”	30 (11)

Planeamento de conteúdos: levar refeições quando se come fora de casa	BCT. 1.4. Planeamento da ação OxFAB. Conteúdo do planeamento: levar alimentos para as refeições quando se come fora de casa. Preparar as refeições para comer fora de casa, como forma de controlar a alimentação e consequente perda de peso.	“E depois eu levo sempre comida de casa. Não como fora, não como porque acho que gastamos dinheiro desnecessariamente e a comida não vale nada”	2 (2)
Prazer ao comprar roupas	Recordar ou lembrar uma altura em que a compra de roupa era fácil e prazerosa, como motivação para a perda de peso.	“(…) e sentir-se saudades de comprar roupa que me desse prazer... (…). De me sentir bem com, com a roupa, não é? (…). E, e...isso é...isso é...eu acho que isso foi essencial para me motivar, não é?”	4 (2)
Procura de informação: conteúdo dos alimentos	OxFAB: Procura de informação: procurar informações sobre o conteúdo/energia dos alimentos. Auto pesquisa de informações acerca dos alimentos ingeridos.	“(…) eu li 50 livros sobre nutrição e dietas diferentes e pontos de vista diferentes na perda de peso (…).”	20 (9)
Procura de informação: gestão de peso	OxFAB: Procura de informação: procurar informações sobre como gerir o peso. Auto pesquisa de informações acerca do formas de controlar do peso.	“(…) saber que devia comer de 2 em 2 horas e saber que deveria combinar este alimento com aquele.”	5 (2)

Procura de informação: não específico	Auto pesquisa de informações relevantes sobre como realizar o comportamento desejado.	“(…) só que depois a pessoa lê muito, fala muito com...com, com outras pessoas (…).”	14 (6)
Programação da alimentação e da atividade: comer a horas fixas (horas das refeições)	OxFAB. Programação da alimentação e da atividade: comer a horas fixas (horas das refeições) Alusão a uma maior organização dos horários respeitantes à alimentação.	“(…) então passei a fazer uma alimentação de 2 em 2 horas...”	19 (14)
Recompensa imaginária	BCT. 16.2. Recompensa imaginária Focar nos resultados esperados e respetivos benefícios associados como estratégia para ultrapassar o stress dos sacrifícios da perda de peso bem-sucedida.	“Portanto tem é que pensar nos benefícios que vai ter, (...), eu estou a prescindir de uma coisa que gosto de fazer, mas estou a ganhar outras, (...). (...) nem que seja uma questão de saúde.”	4 (3)
Recompensa social	BCT. 10.4. Recompensa social Recompensas verbais ou não verbais, de outros, sobre a realização do comportamento, que geram sentimentos positivos e facilitam a perda de peso.	“(…) as mudanças que se foram dando à minha volta também, também ajudavam nisso, (...) a aceitação de, da sociedade (...) o que é certo é que agora as pessoas olham de forma diferente.”	14 (11)
Reconhecer que se está saciado	Ser capaz de diferenciar saciedade fisiológica de apetite; reconhecer quando alguém está saciado.	(...) comecei a...a, a gradualmente a...a...a parar quando estava satisfeita, não é?”	4 (3)

Redução de emoções negativas	BCT. 11.2. Redução de emoções negativas. Referência a um comportamento menos saudável, como forma de evitar emoções negativas.	“(…) independentemente de eu estar a fazer dieta, se me apetecesse comer outra coisa qualquer comia. (...). Porque acho que uma pessoa estar ali a fazer um sofrimento porque não pode (...).	5 (4)
Reduzir a exposição a estímulos para o comportamento pouco saudável	BCT. 12.3. Evitar/reduzir a exposição a estímulos para o comportamento. Evitar a exposição a estímulos pouco saudáveis como estratégia de incorrer no comportamento saudável.	“A estratégia a usar é não ter. Se não houver em casa, não há, a gente pode ir procurar e não estão nos armários.”	9 (8)
Reestruturação do ambiente físico	BCT. 12.1. Reestruturação do ambiente físico. Alteração do ambiente para facilitar a perda de peso.	“A estratégia a usar é não ter. Se não houver em casa, não há, a gente pode ir procurar e não estão nos armários.”	8 (4)
Reestruturação: mudar o significado dos alimentos	BCT. 13.2. Estruturação/reestruturação OxFAB. Reestruturação Mudar atribuições a certos alimentos facilitando uma nova experiência ao comê-los.	“(…) transferir o prazer que me dava comer (...) um arroz de coelho ou um puré de batata com uma carne assada (...) para uns legumes grelhados ou para um salmão marinado (...) aprendi a encontrar (...) o mesmo prazer (...).”	11 (7)
Reestruturação: não específico	BCT. 13.2. Estruturação/reestruturação OxFAB. Reestruturação	“mudei o meu <i>mind set</i> todo perante a vida e aqui estou.”	10 (8)

	Alteração na forma de pensar, sem especificar a forma de mudança na sua implementação.		
Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável.	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Preferir alternativas mais saudáveis.	“(...) substitui (...) todos os alimentos que são muito calóricos por alimentos que não são calóricos (...)”	4 (4)
Regulação: definição de regras: alimentação rica em proteínas	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Referência a um aumento ou a uma ingestão alimentar rica em proteínas como estratégia alimentar no início da perda de peso.	“(...) reduzir os hidratos... (...). ... e aumentar as proteínas e coisas assim do gênero.”	5 (3)
Regulação: definição de regras: alternativa mais saudável à manteiga	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Arranjar uma alternativa mais saudável à manteiga, para substituir a mesma.	“Então em vez de na torrada ou no pão pôr manteiga, comecei a pôr um bocadinho de compota, assim muito ligeiro.”	1 (1)
Regulação: definição de regras:	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável.	“(...) comecei a comer muita salada (...). Comia um pedaço de carne ou peixe mas é	19 (13)

ingestão de frutas e vegetais	Inclusão ou aumento da ingestão de vegetais em saladas ou de outras formas ou fruta fresca sem ser em sumo.	sempre só com salada... Ou com legumes cozidos.”	
Regulação: definição de regras: comer pratos grelhados	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Comer grelhados em substituição a outros tipos de pratos.	“(...) comer mais grelhados e cozidos (...)”	5 (4)
Regulação: definição de regras: ingerir adoçante	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Ingerir adoçante por ser mais saudável que o açúcar.	“(...) e pronto a história de trocar o açúcar pelo adoçante com o café (...)”	1 (1)
Regulação: definição de regras: optar pela líquidos mais saudáveis	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Aumento da ingestão de sumo, como substituto a outras opções mais calóricas ou prejudiciais à perda de peso (e.g., álcool).	“(...) tiramos a Coca-Cola e passamos para o sumo de laranja (...)”	2 (2)

Regulação: definição de regras: preferir chocolate preto	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Ingerir chocolate preto por ter menos calorias que o de leite e saciar o desejo de chocolate.	“(…) como por exemplo, chocolate negro que te ajuda, tira-te essa saciedade e não faz tão mal, e tem menos calorias.”	2 (1)
Regulação: definição de regras: trocar o tipo de leite consumido	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Substituição do tipo de leite consumido, para uma alternativa mais saudável.	“Bebia leite, passar a beber leite de soja (…).”	3 (2)
Regulação: definição de regras: comer devagar	OxFAB. Regulação: definição de regras: comer devagar. Começar a comer mais devagar.	“Comecei, tenho que comer muito devagar e mastigar muito bem.”	5 (4)
Regulação: permissões	OxFAB. Regulação: permissões: permitir fazer batota ou comer refeições, horas ou dias depois de restringir durante um determinado período de tempo. Ingestão de algo calórico, em determinado momento.	“Até mesmo se me apetecesse um doce em vez de por exemplo, um bolo, (…) comia a mesma, menos quantidade…”	39 (24)

Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Evitar determinados alimentos como estratégia para a perda de peso, sem especificar quais.	“não comer coisas que façam mal”	8 (7)
Regulação: restrições: evitar a carne	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Diminuição da ingestão de carne.	“Reduzi também um bocadinho a carne, o peixe não reduzi muito mas a carne reduzi. Evitava comer carne de porco também (...).”	6 (5)
Regulação: restrições: evitar a fruta	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Redução na ingestão de fruta em geral ou em momentos específicos.	“(…) não comer fruta...”	2 (2)
Regulação: restrições: evitar as calorias	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Diminuição do número de calorias ingeridas.	“Redução do número de calorias que eu ingeria, definitivamente.”	3 (2)
Regulação: restrições: evitar o álcool	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Redução ou eliminação da ingestão de álcool.	“Agora por exemplo, o álcool foi cortado”	9 (6)
Regulação: restrições: evitar os refrigerantes	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Diminuição ou eliminação do consumo de refrigerantes.	“(…) deixei de beber bebidas com gás, refrigerantes em geral, deixei mesmo de beber.”	9 (5)

Regulação: restrições: evitar os doces	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Redução ou eliminação da ingestão de alimentos doces, bolos ou açúcares.	“(…) eu própria decidi que não ia comer mais chocolates (…)”	36 (20)
Regulação: restrições: evitar os fritos e gorduras	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Redução na ingestão de fritos e gorduras	“(…) e portanto eu cortei radicalmente com gorduras – manteigas, etc. (…).”	24 (17)
Regulação: restrições: evitar os hidratos de carbono	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Redução de consumo de hidratos sob as várias formas como arroz, pão, massa.	“Tirei os hidratos de carbono”	37 (22)
Regulação: restrições: evitar comer a determinadas horas do dia	OxFAB. Regulação: restrições: evitar comer a determinadas horas do dia.		0
Regulação: restrições: evitar comer ao almoço	OxFAB. Regulação: restrições: evitar comer a determinadas horas do dia. Redução da quantidade ingerida ao almoço.	“Em vez de ser duas tostas mistas passa a ser uma tosta mista (…).”	1 (1)
Regulação: restrições: evitar comer ao jantar	OxFAB. Regulação: restrições: evitar comer a determinadas horas do dia. Redução da quantidade ingerida ao jantar.	“Jantar muito menos, a coisa reduziu muito (…).”	17 (10)

Regulação: restrições: evitar comer entre as refeições	OxFAB. Regulação: restrições: evitar comer a determinadas horas do dia. Diminuição ou eliminação da ingestão de alimentos entre as refeições.	“(...) eu não lancho, não lancho e não como nos intervalos (...)”	6 (3)
Regulação: restrições: Não comer alimentos que gosta	OxFAB. Regulação: restrições: Não comer alimentos que gosta. Não ingerir alimentos de que se gosta, como estratégia para a perda de peso.	“Claro, tive que privar da minha grande perdição que são os doces, eu adoro doces, sou guloso mesmo. Mas pronto, tem que ser, tem que ser.”	11 (9)
Regulação: restrições: sair menos	OxFAB. Regulação: restrições: sair menos. Evitar fazer refeições fora de casa, como estratégia para a perda de peso.	“Evitar ir a determinados restaurantes, principalmente à noite.”	2 (2)
Regulação: restrições: saltar refeições	OxFAB. Regulação: restrições: saltar refeições Saltar refeições, como estratégia para a perda de peso.	“(...) geralmente salto refeições, que foi isso que fui fazendo (...)”	5 (4)
Restrição alimentar rígida	OxFAB. Restrição alimentar rígida. Definição do plano alimentar seguido, como sendo rígido.	“(...) eu não podia comer nada de hidratos de carbono e (...) não podia comer fruta e só comia quatro vegetais diferentes (...)”	4 (4)
Restrição: alguns períodos serão mais restritos que outros	OxFAB. Restrição: aceitar que alguns períodos terão mais restrições alimentares do que outros (flexível).	“Há coisas que podemos comer todos os dias e há outras que só podemos comer uma vez de vez em quando.”	18 (11)

	Aceitar que em alguns momentos, vai ter de se seguir uma alimentação mais rígida, do que noutros.		
Substituição do comportamento	BCT. 8.2. Substituição do comportamento. Substituição de um comportamento prazeroso, mas indesejado, por um comportamento prazeroso (e congruente com o objetivo de perda de peso)	“Transferir (...) o prazer que sinto, que sinto ao comer esse pitéu para uma salada. (...). Ou para uns legumes grelhados ou (...). Hum... aprendi a encontrar... nesse tipo de alimentos o mesmo prazer que encontrava nos outros.”	8 (4)
Sucesso antecedente	BCT. 15.3. Foco nos sucessos anteriores Analogia entre o processo de perda de peso e outras mudanças comportamentais, feitas com sucesso no passado.	“Não tenho dúvidas porque toda a gente quer perder peso, é verdade que toda a gente quer perder peso, mas é como deixar de fumar. Eu fumei durante 20 anos e deixei de fumar de um dia para o outro.”	4 (3)
Sucesso da cirurgia	Referência ao sucesso da cirurgia que realizou para a perda de peso.	“(...) nem, nem um mês depois da cirurgia eu já estava com a glicémia controlada, com o colesterol... (...). Já...já diminuíra consideravelmente... (...). O fígado já nos valores normais...um mês.”	3 (3)
Suporte social informal: família e amigos	OxFAB. Suporte: motivacional: obter apoio da família/amigos	“Eu acho que todos os meus amigos de alguma forma, todos eles. Contribuíram.”	11 (8)

	Referência ao apoio de familiares e amigos como importante para o início da perda de peso.		
Suporte social informal emocional: família e amigos	BCT. 3.3. Suporte social (emocional) OxFAB. Suporte: motivacional: obter apoio da família/amigos Referência ao apoio emocional de um membro da família ou um amigo no início da perda de peso.	“(…) as minhas filhas, que me incentivaram também.”	24 (21)
Suporte social informal inespecífico: família e amigos	BCT. 3.1. Suporte social (inespecífico) OxFAB. Suporte: motivacional: obter apoio da família/amigos Referência ao encorajamento e aconselhamento de um membro da família ou um amigo no início da perda de peso.	“(…), foi-me aconselhado pela sogra do meu irmão.”	3 (3)
Suporte social informal prático: família e amigos	BCT. 3.2. Suporte social (prático) OxFAB. Suporte: motivacional: obter apoio da família/amigos Referência ao apoio prático de um membro da família ou um amigo no início da perda de peso.	“E depois a seguir fui dizer à minha mãezinha: <i>oh mãezinha eu agora quero que me faças umas sopas.</i> ”	20 (13)

Suporte social informal: buddying	OxFAB. Buddying: realizar os comportamentos-alvo com outra pessoa. Referência ao facto de ter iniciado a perda de peso em conjunto com alguém.	“Incluindo a minha mulher, os dois, decidimos começar os dois a perder peso.”	7 (5)
Suporte social informal: buddying: exercício	OxFAB. Buddying: fazer exercício com um amigo/familiar Referência à iniciação da prática de atividade física, juntamente com um amigo ou familiar.	“(…) a minha mãe começou a fazer exercício, a correr comigo no início (…).”	3 (3)
Suporte social informal: buddying: dieta	OxFAB. Buggyng: dieta com um amigo/familiar Referência à realização da dieta juntamente com um amigo ou familiar.	“(…) mas aproveitei os meus pais estarem também a fazer a dieta para que eu começasse (…).”	5 (4)
Suporte social formal	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: consultar um profissional de saúde sobre a perda de peso. Referência à importância de procurar ajuda profissional para a perda de peso, sem especificar o profissional a que se refere e o tipo de apoio.	“Fui procurar ajuda. Foi terem-me dado uma, foi me terem dado possibilidade, ou seja, deram-me uma arma, uma bagagem para eu poder fazer a mudança (…).”	17 (11)
Suporte social formal: nutricionista	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: Obter apoio de um serviço ou profissional dedicado à perda de peso.	“Então pronto optei por ir mesmo pá nutricionista.”	135 (42)

	<p>Explicitação do acompanhamento (sem especificação) por um nutricionista como importante/útil no início do processo de perda de peso.</p>		
<p>Suporte social formal inespecífico: nutricionista</p>	<p>BCT. 3.1. Suporte social (inespecífico) OxFAB. Suporte: ajuda profissional: Obter apoio de um serviço ou profissional dedicado à perda de peso. Referência ao encorajamento e aconselhamento por parte de um nutricionista no início do processo de perda de peso, como relevante para a mesma.</p>	<p>“Da Teresa Herédia sim, do médico e da nutricionista sim essencialmente foi isto que eu fiz, até porque o aconselhamento que me deram foi esse.”</p>	<p>3 (2)</p>
<p>Suporte social formal prático: nutricionista</p>	<p>BCT. 3.2. Suporte social (prático) OxFAB. Suporte: ajuda profissional: Obter apoio de um serviço ou profissional dedicado à perda de peso. Explicitação do acompanhamento prático de um nutricionista como importante/útil no início do processo de perda de peso.</p>	<p>“E então, eu segui realmente o plano da nutricionista (...).”</p>	<p>82 (35)</p>

Suporte social formal emocional: nutricionista	BCT. 3.3. Suporte social (emocional) OxFAB. Suporte: ajuda profissional: Obter apoio de um serviço ou profissional dedicado à perda de peso. Explicitação do acompanhamento emocional por um nutricionista como importante/útil no início do processo de perda de peso.	“(...) mas tive, da parte do nutricionista um acompanhamento também um bocadinho na parte da psicologia. (...) e ele fez muito a parte da, de psicólogo que eu não tive, ou do acompanhamento psicológico que eu não tive.”	11 (7)
Suporte social formal: saúde mental	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: procurar ajuda para lidar com o facto de se sentir em baixo, ansioso ou stressado. Início do processo de emagrecimento facilitado pelo acompanhamento de um psiquiatra/psicólogo (sem especificar o tipo de suporte).	“(...) a psicoterapia ajudou-me imenso (...)”	14 (7)
Suporte social formal prático: saúde mental	BCT. 3.2. Suporte social (prático) OxFAB. Suporte: ajuda profissional: procurar ajuda para lidar com o facto de se sentir em baixo, ansioso ou stressado. Referência ao acompanhamento prático de um psiquiatra/psicólogo como importante/útil no início do processo de perda de peso.	“(...) comecei as sessões com a Doutora Filipa (...)”	7 (3)

Suporte social formal emocional: saúde mental	BCT. 3.3. Suporte social (emocional) OxFAB. Suporte: ajuda profissional: procurar ajuda para lidar com o facto de se sentir em baixo, ansioso ou stressado. Referência ao apoio de um psiquiatra/psicólogo no início da perda de peso, como importante.	“E eu chegava a dizer isso à Dra. Luísa, a psicóloga, eu dizia: <i>oh Dra. eu tenho um medo de chegar ao peso, de ficar bem e de começar a engordar e engordar e engordar e já não conseguir parar</i> , eu tinha medo, pavor, pavor, mesmo e a Dra. dizia: <i>não, isso não vai acontecer.</i> ”	2 (2)
Suporte social formal: médico	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: consultar um profissional de saúde sobre a perda de peso. Referência ao acompanhamento de um médico no início do processo de perda de peso, sem especificar o tipo de acompanhamento.	“(…) foi o sermos seguidas pelos médicos que temos à nossa volta.”	49 (21)
Suporte social formal inespecífico: médico	BCT. 3.1. Suporte social (inespecífico) OxFAB. Suporte: ajuda profissional: consultar um profissional de saúde sobre a perda de peso. Referência ao encorajamento e aconselhamento por parte de um médico no início do processo de perda de peso, como relevante para a mesma.	“Depois, falei com o meu médico e ele deu-me um conselho: <i>Se você quer perder peso, deixe de ser cozinheira.</i> ”	12 (9)
Suporte social formal prático: médico	BCT. 3.2. Suporte social (prático) OxFAB. Suporte: ajuda profissional: consultar um profissional de saúde sobre a perda de peso.	“(…) e ele voltou a pôr-me a banda como tinha antigamente (…).”	7 (6)

Explicitação do acompanhamento prático de um médico como importante/útil no início do processo de perda de peso.

Suporte social formal: clínica de estética ou especializada na redução de peso	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: Obter apoio de um serviço ou profissional dedicado à perda de peso. Recorrer a uma clínica de estética ou especializada na redução de peso como facilitador da perda de peso.	“Na altura fiz várias vezes, porque também, também me ajudou a perder peso, foi as massagens.”	8 (6)
Suporte social formal: fisioterapeuta	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: Consultar um profissional de saúde sobre perda de peso. Referencia ao acompanhamento por um fisioterapeuta como importante para a perda de peso.	“E porque a fisioterapeuta também... insistia com isso (...).”	6 (2)
Suporte social formal: grupo de perda de peso	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: pertencer a um grupo de perda de peso. Pertencer a um grupo de apoio formal acerca do tema do excesso de peso ou da perda de peso como facilitador, apoiante e controlador do processo da perda de peso.	“(...) foi o apoio indirecto de uma comunidade online que ninguém se conhece propriamente (...).”	7 (2)

Suporte social formal: tomada de decisão partilhada	Referência a alterações e adaptações do plano inicial com o objetivo de potenciar o sucesso e com uma tomada de decisão ativa por parte do participante.	“(...) ela passou-me um plano adaptado à minha vida e à forma como eu gostava de comer.”	17 (9)
Término de relações amorosas	Perceber o fim de uma relação amorosa/afetiva como estratégia de início de perda de peso.	“(...) tive ali uma mudança grande na minha vida, foi ter acabado uma relação que tinha, que mantive durante os dois anos anteriores e que acabou exactamente ali (...)”	1 (1)
Tolerância ao sofrimento: não específico	Capacidade para tolerar/suportar a experiência de desconforto/sofrimento (sem especificação) no processo de perda de peso.	“(...) é um processo difícil, não é tão fácil, a longo prazo pode ser um processo muito positivo, mas por exemplo, eu nunca enganei ninguém, sempre que as pessoas me perguntavam como é que foi, eu digo sempre que foi doloroso, que custou (...)”	50 (30)
Triagem de doenças	Triagem de problemas que poderiam explicar o excesso de peso existente.	“Porque ainda por cima tinha um hipotiroidismo que é mesmo para engordar.”	9 (4)
Utilizar estratégias complementares à cirurgia	Perceção por parte do próprio da necessidade de utilizar estratégias complementares e adicionais à cirurgia para continuar a perder peso por constatar que é possível contornar as limitações.	“(...) e ele voltou a pôr-me a banda como tinha antigamente e desde aí para cá tenho sido sempre assim. Chegou uma altura em que percebi que o nível de diferença de	4 (2)

		comida por si só não iria fazer mais, então comecei a praticar desporto.”	
Valorização da autoidentidade	BCT. 13.4. Valorização da autoidentidade Necessidade de afirmação daquilo que a pessoa quer, da sua vontade, do que é e lhe faz sentido.	“Porque fi-lo essencialmente por mim, não foi pelos outros.”	11 (8)

Anexo I – Estratégias e Aspectos Facilitadores de Manutenção da Perda de Peso Bem-sucedida

Estratégia/Aspectos Facilitadores	Definição	Exemplo	frequência de menções (<i>n</i> de participantes)
Estratégias e Aspectos facilitadores de manutenção da perda de peso bem-sucedida			
Aceitar a dificuldade de perda de peso do passado	Aceitar que a perda de peso não aconteceu mais cedo e que aconteceu quando havia recursos para acontecer.	“Hum... andei durante algum tempo a lamentar não a ter feito mais cedo mas hoje também sou capaz de ver que as coisas acontecem quando têm que acontecer e quando nós estamos preparados para acontecer e o meu (...).”	1 (1)
Aceitar uma perda de peso lenta	Aceitar que a perda de peso é lenta na fase da manutenção.	“Agora tem sido mais lento. Tem sido mais lento mas não me preocupa porque quando eu me peso não aumento de peso (...).”	2 (2)
Adaptação à dieta na fase de manutenção	Adaptação da dieta à fase de manutenção do peso.	“O manter no fundo é fazer a mesma coisa que fazia sem ter tanto aquela restrição de quantidade, mas mantendo as restrições de horário ou de, de espaçamento entre, entre refeições.”	21 (11)

Adaptação fisiológica da restrição alimentar	Referência a uma habituação por parte do organismo à redução das quantidades ou tipo de alimentos ingeridos.	“(…) consegui que o meu estômago e o meu organismo se habituassem a precisar de menos alimento (…).”	21 (12)
Adaptar-se em função da idade	Adaptar o regime alimentar e a ingestão de calorias às necessidades decrescentes do organismo em função do avanço da idade.	“Mas eu tenho consciência que aproximando-me agora dos cinquenta, que cada vez mais vai ser mais difícil, manter o peso que tenho que ter mais cuidado (…).”	3 (1)
Ajustar uma recomendação às necessidades/gostos pessoais	Capacidade de flexibilizar e adaptar as recomendações feitas por um clínico, (e.g., nutricionistas), às necessidades pessoais de ingestão de comida, com o objetivo de se identificar com o processo de perda de peso; transformar uma regra recomendada numa nova regra que integre melhor as necessidades/gostos pessoais.	“(…) eu por exemplo eu tentei o exercício e ficava stressadíssima com aquele... eu não consigo, eu não consigo ter... uma coisa que eu ponha a perna não. Eu vou para o ginásio e faço aquilo que me apetece fazer, na elíptica estou um quarto de hora (…).”	10 (6)
Alimentação saudável	Fazer uma alimentação saudável na fase de manutenção, mas sem especificar.	“(…) portanto lá em casa o cuidado com a alimentação é um tema que existe, o procurar alimentos saudáveis é uma realidade hoje em dia, o fazer comida saudável é uma realidade hoje em dia (…).”	5 (3)

Alteração do paladar	Mudar os gostos e procurar novos sabores para encaixar novas opções na dieta (expressão sensorial e não quantidades).	“Também reaprendi a comer, lá está e a...a gostar de outros sabores. A pessoa tem que ir um bocadinho descobrindo...é um trabalho (...).”	3 (2)
Antecipar arrependimento	BCT. 5.5. Visualização de arrependimento futuro. Referir expectativas de arrependimento futuro quanto à realização de um comportamento indesejado (e.g., comer demais, comer algo calórico) como estratégia que auxilia na manutenção da perda de peso.	“Até porque começo a pensar, tento imaginar, visualizar (...) <i>este pastel de nata vai direitinho para as tuas ancas e para as tuas coxas, vai direitinho todo para lá</i> ”	7 (3)
Antecipar barreiras	BCT. 5.2. Enfatizar as consequências. Antecipar a impossibilidade da manutenção da perda de peso mais tarde ou barreiras no futuro que a tornem mais complicada.	“Mas se não for agora, depois vem a menopausa, vem... isso tudo, depois nunca mais.”	10 (5)
Aumento dos alimentos			0
Aumento dos alimentos: água	Aumentar o consumo de água diário, ingerindo pelo menos 1,5 a 2 litros de água por dia.	“(...) por norma, ainda hoje, ainda hoje faço isso. Bebo pelo menos dois litros de água por dia.”	12 (9)
Aumento dos alimentos: fibras	Ingestão de fibras com o objetivo de acelerar a digestão e assim dificultar a absorção de açúcares e outros que podem provocar o aumento de peso.	“(...) quando quero comer um arroz-doce, que é uma coisa que eu adoro, tenho que fazer antes uma refeição com muitas fibras que é para...”	1 (1)

		(...). ...para inibir a absorção dos açúcares do arroz-doce.”	
Auto experimentação	OxTAB. Auto experimentação. Experimentação de diferentes técnicas e comportamentos, avaliando os resultados e decidindo a continuação ou abandono do comportamento, de acordo com esses resultados.	“E as pessoas também têm que um bocadinho, aprender...por tentativas e olhando um bocadinho para as calorias, do género sem ser obcecada, mas olhando, perceber se eu estou a ingerir mais ou menos ou igual na substituição dos alimentos (...).”	2 (2)
Autoconfiança	Importância da autoconfiança para a manutenção da perda de peso.	“(...) sinto-me mais auto-confiante.”	1 (1)
Autoeficácia	Constatação de que foi capaz de perder e/ou é capaz de continuar a fazer por ela própria uma perda/manutenção da perda de peso, independentemente de outros recursos ou ajudas externas.	“(...) porque eu antes fiquei obeso e agora consegui voltar outra vez e consegui e tenho-me sempre mantido ao longo dos anos (...).”	71 (37)
Autoestima	Avaliação afetiva positiva do próprio como fator importante da manutenção do peso mais baixo.	“(...) toda a perda conseguida e de estar agora com um peso normal contribuiu para me começar a sentir bem comigo própria e a gostar de mim (...). E acho que tudo isso é que me ajuda a querer manter o sítio onde estou agora.”	20 (12)

Auto-monitorização	OxFAB. Auto-monitorização: registar regularmente comportamentos ou resultados específicos. Auto-monitorização de peso, forma corporal ou comportamentos com impacto na manutenção da perda de peso bem-sucedida.		0
Auto-monitorização da quantidade de comida ingerida	OxFAB. Auto-monitorização: medir a quantidade de comida. Monitorização da quantidade de comida que ingere.	“(...) tenho uma alimentação mesmo muito cuidada. (...). Em que é tudo contado ao milímetro quase.”	3 (2)
Auto-monitorização do peso	OxFAB. Auto-monitorização: pesar-se. Auto-monitorização do peso, através da pesagem.	“(...) eu peso-me praticamente todos os dias (...).”	26 (12)
Auto-monitorização do peso através das roupas	OxFAB. Auto-monitorização: controlar o aperto da roupa/anéis. Auto-monitorização do peso, através das roupas.	“(...) como eu vejo, é o cinto – eu tenho usado um cinto (isto está uma desgraça, não lhe mostro), o cinto que prende as minhas calças é o cinto do antes da dieta, que era uma coisa escandalosa – um cinto enorme. E eu recuei no cinto 10 furos (...).”	1 (1)

Auto-monitorização dos níveis de aptidão	OxFAB. Auto-monitorização: monitorize os seus níveis de aptidão. Perceção de uma melhor mobilidade proporcionada pela perda de peso bem-sucedida e que motiva à sua manutenção.	“Já chego aos pés, já consigo cruzar as pernas, já chego às costas, já, já consigo fazer uma série de...de coisas.”	4 (3)
Bem-estar	Referir que o facto de se sentir melhor consigo ajudou a manter o novo peso mais baixo.	“Basicamente senti-me melhor em termos físicos, é isso.”	22 (14)
Características profissionais	Ter uma atividade profissional que facilite a manutenção da perda de peso.	“Hum... e pode ser que eu consiga treinar juntamente com as minhas aulas (...) e com algum treino de resistência muscular.”	2 (1)
Comer mais vezes	Fazer mais refeições durante o dia evitando passar muito tempo sem comer e ingerindo menos alimento em cada uma como estratégia de manutenção da perda de peso bem-sucedida.	“Faço o pequeno-almoço, a meio da manhã, o almoço, o lanche, o jantar e a ceia. São 6.”	18 (10)
Compensação energética: atividade física	OxFAB. Compensação energética: ajustar a quantidade de exercício em resposta à quantidade de exercício que se fez/fará. Aumento da prática de atividade física, devido a excessos alimentares anteriores (comportamento de compensação).	“(...) e depois e depois quando abuso (...) vou compensando também com mais algum exercício físico.”	2 (2)

Compensação energética: comida	OxFAB. Compensação energética: ajustar a quantidade que se come em resposta à quantidade que se comeu/comerá. Restrição da ingestão de alimentos devido a excessos alimentares anteriores (comportamento de compensação).	“(…) e depois e depois quando abuso muito compenso com a água, vou compensando com mais água (…).”	6 (6)
Condicionamento involuntário da cirurgia	Condicionamento involuntário da ingestão excessiva de comida devido à cirurgia.	“(…) e portanto não consigo comer mais porque me magoa no estômago.”	11 (6)
Consequências positivas	As consequências positivas que advieram da perda de peso como motivador para manter a perda de peso bem-sucedida.	“(…) gostar de poder entrar numa loja e ver roupa que me sirva, roupa que eu goste e que me sirva (…).”	10 (4)
Contentamento	BCT. 5.6. Informação sobre as consequências emocionais. Contentamento/felicidade/prazer associado ao processo de perda de peso.	“(…) e que agora eu estou bem, eu estou muito mais feliz agora do que eu estava há um ano atrás, não só com o meu peso mas em tudo o resto (…).”	12 (9)
Controlo de estímulos: alteração do ambiente pessoal	OxFAB. Controlo de estímulos: alterar o ambiente pessoal de modo a que seja mais favorável aos comportamentos-alvo. Adaptação de múltiplos aspetos da vida de forma permitir o processo de redução de peso.	“(…) o que contribuiu para manter é... é... sobretudo é adaptar a vida a que se consiga manter.”	1 (1)

Controlo de estímulos: manter alimentos/bebidas pouco saudáveis fora de casa	OxFAB. Controlo de estímulos: manter os alimentos/bebidas pouco saudáveis fora de casa. Evitar ter em casa doces e bolos e outras comidas calóricas para evitar comê-las.	“Eu hoje quando vou às compras, olho para as coisas e penso “Não, isto não me vai fazer bem, não levo”. (...) E depois cá em casa, não há, não se come.”	11 (7)
Controlo dos estímulos: utilizar pratos mais pequenos	OxFAB. Controlo de estímulos: utilizar pratos ou tigelas mais pequenos. Colocação da porção alimentar escolhida (especialmente de alimentos que anteriormente ingeria em excesso) num recipiente pequeno para melhor controlar a quantidade ingerida.	“(...) agrado de uma peça, objeto pequeno onde coloco aquilo que quero, aquilo que me apetece e não mais do que aquilo e ponto.”	1 (1)
Conveniência alimentar	Encontrar alimentos convenientes ou fáceis de preparar.	“Agora, o que eu comecei, a primeira coisa que eu fiz foi então comprar as saladas que vêm embaladas, que vêm naqueles saquinhos de plástico que estão no supermercado (ri-se). São muito práticas (...).”	1 (1)
Criação de hábitos	BCT. 8.3. Criação de hábitos. Interiorização de regras/estratégias de manutenção da perda de peso bem-sucedida.	“Foi o ganhar certos hábitos. Eu acho que é essencialmente isso. O internamente pronto, é o ganhar de certos hábitos (...).”	83 (37)
Criar impressão positiva no parceiro sexual	Causar uma impressão positiva em parceiros afetivo-sexuais atuais ou em potenciais novos parceiros.	“(...) o facto de, por exemplo, de ir sair à noite e conhecer uma pessoa do sexo oposto, por exemplo, é mais fácil as relações.”	2 (2)

Definição de objetivos	OxFAB. Definição de objetivos: estabelecer um objetivo específico que define o comportamento a adotar.	“Olhe, foi eu ter atingido ter começado a atingir o meu objectivo, não é?”	7 (5)
Definição de objetivos: objetivos de atividade física	BCT. 1.1. Definição de objetivos (comportamento) OxFAB. Definição de objetivos: definir objetivos de atividade física. Referência à existência de um objetivo relacionado com a alimentação, a alcançar.	“(…) e o saber que eu posso fazer mais e que posso aumentar e que posso ter mais medalhas e posso aumentar a distância, também me leva a querer fazer mais exercício (…).”	2 (1)
Definição de objetivos: objetivos de peso	BCT. 1.3. Definição de objetivos (resultados) OxFAB. Definição de objetivos: definir objetivos de peso. Referência à existência de metas de peso, a alcançar.	“(…) ainda que sei que neste momento tenho mais dois, três quilos e mais uma gorduras do que aquilo que quero ter daqui algum tempo, mas estou a trabalhar para isso.”	18 (13)
Deixar de cozinhar alimentos pouco saudável	Não cozinhar alimentos não saudáveis ou calóricos em casa ou em determinados horários (por exemplo, fins de semana).	“Perdi o hábito de fazer o bolo, porque eu todos os, tinha por hábito sempre ao fim-de-semana fazíamos em casa sempre um bolo. (...). E eu perdi essa hábito.”	1 (1)
Desenvolvimento de literacia alimentar	BCT. 4.1. Instruções sobre como desempenhar o comportamento.	“Aprender realmente aquilo que é dito e o que temos de fazer, perceber o que é que se adequa ao nosso organismo.”	11 (8)

	Referir a aquisição de informação/competências (e implementação da aprendizagem feita) acerca de ações relevantes para a perda de peso na fase de manutenção (sem especificar a fonte da informação).		
Desenvolvimento de literacia alimentar: médico	BCT. 4.1. Instruções sobre como desempenhar o comportamento. Referência à aquisição de informação/aprendizagem feita acerca de ações relevantes para a manutenção da perda de peso bem-sucedida (informação/aprendizagem proveniente de um médico).	“(…) o ano passado (…) tive um problema com a minha banda, um problema mínimo completamente, segundo os médicos comum, que foi a banda entupiu com qualquer coisa que eu comi que eu não sei bem o que é que foi, e eu acabei por ter de desapertar a banda (…)”	4 (2)
Desenvolvimento de literacia alimentar: nutricionista	BCT. 4.1. Instruções sobre como desempenhar o comportamento. Referência à aquisição de informação/aprendizagem feita acerca de ações relevantes para a manutenção da perda de peso bem-sucedida (informação/aprendizagem proveniente de um nutricionista).	“(…) a Dra. Teresa Herédia ensinou-me a quantidade de arroz (…)”	14 (8)

Diálogo interno	BCT. 15.4. Diálogo interno Envolve-se em um auto diálogo positivo durante o comportamento.	“(...) sempre a pensar <i>Tenho que manter este peso, não posso voltar a ter a alimentação que tinha porque... se não voltou ao mesmo.</i> ”	7 (6)
Dieta variada	Fazer uma alimentação muito variada, comendo de tudo	“(...) e como isso tudo, e como os frutos secos... (...). Arroz, batata... como, tudo.”	1 (1)
Diminuição da sudorese	Apontar a diminuição de sudorese excessiva como consequência positiva que ajuda na manutenção da perda de peso.	“(...) deixei de estar sempre a suar em bica... (...). Portanto, já sinto frio o que é bom.”	1 (1)
Diminuição dos alimentos			0
Diminuição dos alimentos: água	Redução na quantidade de ingestão de água em determinadas situações específicas ou em geral.	“E só bebo água também até às 8 da noite. Não posso beber água à noite.”	2 (2)
Diminuição dos alimentos: quantidades	Diminuição das quantidades, sem especificação.	“E não como grandes quantidades.”	15 (12)
Distração	BCT. 12.4. Distração OxFAB. Gestão de impulsos: distração: encontrar outra atividade para fazer quando lhe apetece comer.	“Eu acho que ajuda meditar faço isso de vez em quando (...).”	2 (1)

	Estratégias de evitamento para desviar o foco da atenção da comida.		
Encarar a dieta como para o resto da vida	Encarar o processo da perda de peso bem-sucedida e as mudanças inerentes como sendo para o resto da vida, de uma forma restritiva com esforço. Não assumir que acabou porque atingiu o objetivo de peso.	Agora é manter mas eu ainda não considero isto uma coisa certa, eu ando sempre a lutar mais para que isto continue...	4 (4)
Escolha valorizada	Valorização da existência de várias opções e da possibilidade de fazer uma escolha personalizada.	“Continuo a comer muito mas vamos escolher os alimentos mais saudáveis. (...). A pessoa escolhe, não é? A pessoa escolhe.”	3 (3)
Esforço para não perder capacidades adquiridas	Dispêndio de esforço para não perder capacidades ou investimentos financeiro para perda de peso já adquiridas/já empreendidos.	“(…) depois de tudo o que passei voltar a engordar é muito burro da minha parte, (...), é o não valorizar o sofrimento pelo qual passei (...).”	3 (3)
Existência de um limite de peso que não quer experimentar	Perceção de proximidade de um limite (peso, forma corporal, estado interno) indesejável, que não deseja experimentar e/ou ultrapassar.	“E portanto se eu sentir que de alguma maneira estou um bocadinho mais cheinha, ou que estou m bocadinho mais, corto logo, não, nem sequer chego, pelo menos até hoje, não é, vai fazer quase 3 anos.”	19 (13)

Expectativa de sucesso da estratégia escolhida	Crença que a estratégia/solução de emagrecimento escolhida é adequada ao caso pessoal e acreditar na sua eficácia.	“Agora eu acho realmente que o ginásio dá outros resultados.”	10 (5)
Fazer exercício/atividade física esporadicamente	Fazer exercício físico esporadicamente uma vez por semana ou menos.	“(…) às vezes vou pro Parque das Nações andar um bocadinho a pé...quando estou melhor mas não é regular.”	17 (9)
Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento			0
Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento: nutricionista	BCT. 2.7. Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento. Receber feedback por parte do nutricionista sobre os resultados da realização do comportamento.	“Eu vou lá mais ou menos de seis em seis meses...ela pesa...mede...controla-me, vê, vê se é preciso (...).” (AB36 PPBS J - mulher, Pos. 285)	5 (4)
Feedback positivo	Indicação da existência de comentários positivos ou referências ao facto de a pessoa ter perdido peso, (e consequentes) emoções positivas, verbalizados ou expressos de forma não verbal por outros e que reforçam a manutenção do novo peso mais baixo.	“Olha, um dos filhos me terem dito: <i>Olha mãe, com essa roupa estás bonita. Esta roupa fica-te bem</i> , ajuda. Os olhares de admiração de fora, ajudam.”	25 (15)

Gestão de impulsos: aceitar desconforto da atividade física	OxFAB. Gestão de impulsos: aceitação: aceitar os aspectos desconfortáveis da atividade física. Tolerância ao sofrimento face a uma situação desagradável relacionada com a prática de atividade física; capacidade de tolerar/suportar uma experiência que cause desconforto/sofrimento na manutenção da perda de peso.	“Eu comecei a ginástica, que é uma coisa que eu não gosto, eu não gosto de fazer ginástica, gosto de fazer hidrogenástica, agora aparelhos que é o que eu acho que resulta mais, ou as aulas, não é uma coisa que eu diga assim eu amo, agora que aquilo me dá resultados dá.”	1 (1)
Gestão de impulsos: aceitar o desejo	OxFAB. Gestão de impulsos: aceitação: aceitar o desejo de comer. Tolerância ao sofrimento face a uma situação desagradável e não específica; capacidade de tolerar/suportar uma experiência que cause desconforto/sofrimento (não especificado) na manutenção da perda de peso.	“Mas é me é me mais fácil também olhar para as coisas e não não ceder à tentação digamos.”	2 (2)
Gestão de impulsos: questionar-se acerca da sensação de fome	OxFAB. Gestão dos impulsos: consciência dos motivos: pergunte a si próprio se tem fome quando dá por si a querer comer. Reconhecer a alimentação excessiva devido a emoções negativas durante a manutenção como forma de parar/mudar esse padrão.	“Meu Deus mas...isto é psicológico. Portanto esta fome e esta ansiedade é psicológica. E portanto eu tenho que controlar a parte psicológica.”	6 (3)

Identidade associada ao comportamento modificado	BCT. 13.5. Identidade associada ao comportamento modificado Identidade alterada resultante de mudanças implementadas através de múltiplos comportamentos.	“Isto é um projeto que se quer. Eu quero isto na minha vida porque isto é fundamental para eu viver a vida. A vida é fundamental para mim, eu tenho que preservar a minha vida, e passa por eu com certeza construir, não é? Por criar estes objetivos e este projeto.”	11 (7)
Identificação de triggers	Identificação dos “triggers” de ingestão excessiva de comida na fase de manutenção do peso.	“Sim eu noto eu sou compulsiva em certas coisas reconheço pronto a comer amêndoas, amêndoas torradas é minha compulsão (...).”	7 (3)
Imagem corporal negativa	Insatisfação com o corpo, no todo ou parte, devido ao excesso de peso influenciando o processo de manutenção da perda de peso.	“(...) é assim eu eu gostava de ser magra, gostava de não ter barriga. (...). Nem estômago.”	8 (3)
Imagem corporal positiva	Satisfação com o corpo e avaliação positiva com o mesmo.	“(...) eu às vezes olho para as fotografias e... (...). Eh pá, e não sou eu. Eu sou metade daquilo que era, não é...”	29 (20)
Intenção de manter	Intenção de manter as estratégias utilizadas/atuais para manter o menor peso já alcançado.	“Mas tem de ser, porque eu tenho de tar em dieta para o resto da vida, basicamente.”	36 (19)
Investimento no corpo/aparência	Investimento no corpo/aparência e importância dos mesmos, como facilitador da manutenção da perda de peso.	“Gosto de me sentir bem com o meu corpo. Gosto de ter uma boa figura, sinto me bem (...).”	7 (6)

Medicação	Referência à toma de medicação para a manutenção da perda de peso bem-sucedida.	“Eu acho que este tipo de cirurgia é logo uma mudança radical (...) o sistema funciona de outra forma (...) tenho que ter cuidados, tenho que tomar os medicamentos tenho que estar, tenho que estar focada (...).”	2 (2)
Meditação	Meditar como estratégia para ajudar na manutenção da perda de peso.	“Eu acho que ajuda meditar faço isso de vez em quando (...).”	2 (1)
Motivação	OxFAB. Motivation: Conscious appraisal of yourself to reinforce your actions. Motivação intrínseca onde se identifica a energia e a direção; que resulta de uma escolha autónoma.	“(...) talvez seja é a minha vontade tão grande de continuar magra e de ser magra (...).”	26 (14)
Mudança do comportamento alimentar	Descrição de uma mudança no comportamento alimentar.	“Mudou, mudou, a educação alimentar, mudou a forma de estar, se é que se pode dizer, à mesa, mudou a forma de encarar a alimentação e para mim foi uma reeducação alimentar e reintrodução.”	15 (13)
Mudanças corporais	BCT. 12.6. Mudanças corporais. Referência a alterações corporais que facilitam a manutenção da perda de peso.	“(...) para já o organismo não consegue fazer as asneiras que antigamente fazia, não consegue, fico... porque o organismo já não está habituado, portanto fico com uma má	5 (4)

		disposição incrível quando se faz imensas asneiras, pronto.”	
Não misturar alimentos	Não misturar alimentos de forma a conseguir manter o peso perdido.	“(…) não juntar as batatas com o feijão, o feijão com o grão nem o arroz com a massa nem pronto.”	4 (4)
Necessidade de suporte social	Identificar a necessidade de apoio social para manter a perda de peso.	“É preciso ter alguém lá para abrir os olhos.”	1 (1)
Objetivo: evitar recuperar o peso perdido	Rejeição da possibilidade de voltar a recuperar o peso perdido ou a reexperienciar o estado de obesidade, excesso de peso, ou ultrapassar um valor definido como referencial máximo pelo próprio.	“Há uma coisa que eu não quero, é voltar a estar gordinha, não quero.”	36 (24)
Consciência do peso/alteração corporal	Ter uma noção clara da mudança em relação às alterações de peso/forma corporal.		0
Perceção: equilíbrio do corpo	Consciência dos sinais/funcionamento do corpo que desencadeiam uma ação adaptativa.	“(…) porque entretanto o organismo começa também a ter umas faltazinhas, não é?”	7 (3)
Perceção: mudanças de peso	Estar atento a pequenas alterações de peso durante a manutenção.	“(…) ainda que sei que neste momento tenho mais dois, três quilos (…).”	77 (35)
Perceção: qualidade dos alimentos	Ter consciência da quantidade/qualidade dos alimentos consumidos como forma de promover a	“(…) portanto, às vezes, se eu for correr e gastar 600 calorias e durante o dia só comer 1200 então eu ainda tenho de comer mais 600	13 (4)

	perda de peso.	calorias, à noite, às vezes estou à noite em casa e digo <i>bolas, eu tenho de comer qualquer coisa porque senão tenho noção que também estraga o metabolismo.</i> ”	
Perceção: roupa larga	Perceção de que a roupa está a ficar mais folgada como estratégia que auxilia na manutenção da perda de peso.	Uma pessoa puder vestir umas calças e de repente notar que já estão um bocadinho mais largas (...).”	5 (5)
Persistência/ compromisso	Indicação de persistência/ compromisso/ disciplina para manter o comportamento.	“Disciplina e organização e controlo, controlo semanal, obrigatório, que fiz em paralelo entre a diabetes e peso.”	48 (24)
Persistência/ compromisso: comida	Indicação de persistência/ compromisso/ disciplina para manter o comportamento alimentar	“Foi um processo que precisei de disciplina (...).”	31 (20)
Planeamento de conteúdo			0
Planeamento de conteúdos: planear o que se vai comer fora de casa	BCT. 1.4. Planeamento da ação OxFAB. Planeamento de conteúdo: planear o que se vai comer quando se vai comer fora. Planear o que se vai comer quando se realizar refeições fora de casa.	“Bem, naturalmente levava eu a salada.”	2 (2)

Planeamento de conteúdos: planear o que se vai comer em casa	BCT. 1.4. Planeamento da ação OxFAB. Planeamento de conteúdos: planear o que se vai comer (em casa). Fazer as refeições em casa como forma de controlar a alimentação mais eficazmente.	“(…) que entretanto reorganizei um bocado a minha vida, passei a comer mais em casa, passei a almoçar em casa (…).”	8 (3)
Planeamento de conteúdos: levar refeições quando se come fora de casa	BCT. 1.4. Planeamento da ação OxFAB. Conteúdo do planeamento: levar alimentos para as refeições quando se come fora de casa.	“Quando saio de casa para algum sítio, já levo comida, programo as refeições todas (…).”	1 (1)
Prazer em cozinhar	Prazer em cozinhar (para si ou para outros) como estratégia de manutenção.	“Posso dizer também que (…) tenho (…) se calhar muito maior prazer em produzir alimentos…”	3 (1)
Prazer no exercício/atividade física	Referência ao prazer associado à atividade física durante a fase de manutenção.	“Agora o que eu fiz foi encontrei uma atividade que gosto de fazer. (...). Que era ir fazer passeios, andar a pé no paredão. (...) porque é uma actividade que me dá prazer.”	2 (2)
Problemas de saúde	Preocupação com eventuais problemas de saúde futuros provocados pelo excesso de peso como fator potenciador da manutenção da perda de peso bem-sucedida.	“Mas como tenho muitos problemas de coluna, de osteoporose, essas coisas assim, quanto mais magra tiver, melhor estou. (...) porque tenho muitos problemas nos ossos.”	6 (4)

Procura de informação: não específico	Auto pesquisa de informações relevantes sobre como realizar o comportamento desejado (sem especificar o comportamento).	“(...) aliás eu fui pesquisar na net (...)”	2 (2)
Procura de informação: conteúdo dos alimentos	OxFAB: Procura de informação: procurar informações sobre o conteúdo/energia dos alimentos. Auto pesquisa de informações acerca dos alimentos ingeridos.	“E de ler às vezes, também sabia que comendo legumes e frutas a gente sacia a fome e não engorda tanto.”	11 (6)
Procura de informação: gestão de peso	OxFAB. Information seeking: Seek information about how to manage weight. Auto pesquisa de informações acerca do formas de controlar do peso.	“(...) eu estar a ver a balança a subir todos os dias não dava e foi. Eu nessa altura procurei muito como é que se fazia, porque é que era, porque é que isso acontecia (...)”	3 (2)
Programação da atividade física	OxFAB. Programação da alimentação e da atividade: programar a atividade física. Referência à prática de atividade física regular.	“(...) o meu plano de treinos, por exemplo agora para os 15km alterou por completo, faço muito mais exercício do que estava a fazer no ano passado e tenho, treino 6 vezes por semana e agora levanto-me às 6h30 da manhã para conseguir treinar todos os dias (...)”	116 (38)
Programação da alimentação e da atividade: comer a horas	OxFAB. Programação da alimentação e da atividade: comer a horas fixas (horas das refeições).	“Comemos a horas, é sempre almoço à uma, jantar às oito.”	3 (3)

fixas (horas das refeições)	Alusão a uma maior organização dos horários respeitantes à alimentação.		
Prós e contras	BCT. 9.2. Prós e contras Identifique e compare razões para querer (prós) e não querer (contras) mudar o comportamento.	“(...) porque os ganhos são muitíssimo maiores do que o prazer momentâneo do, do paladar daquela coisa na boca, não é verdade?”	1 (1)
Recompensa social	BCT. 10.4. Recompensa social. Recompensas verbais ou não verbais, de outros, sobre a realização do comportamento, que geram sentimentos positivos e facilitam a perda de peso.	“(...) ele diz-me assim: <i>Eu não me acredito. Como é que agora estás com um corpinho desses?</i> ”	16 (10)
Recordar excesso de peso	Recordar intencionalmente aspetos negativos da vida afetados pelos excesso de peso, antes da perda de peso bem-sucedida, com o objetivo de aumentar a motivação para tomar as atitudes necessárias para manter o peso baixo.	“É lembrar-me...eu agora já não faço isso mas, de vez em quando, punha-me a ver as fotografias de quando eu estava mais...gorda.”	3 (1)
Recordar o esforço	Recordar o esforço que foi necessário para perder o peso como forma de motivar para manter a perda de peso bem-sucedida.	“E depois lembrei-me, depois do todo o sacrifício que eu fiz para tirar este peso (...).”	3 (2)
Reduzir a exposição a estímulos para o comportamento pouco saudável	BCT. 12.3. Evitar/reduzir a exposição a estímulos para o comportamento	“(...) os amigos geralmente a gente convivia nos jantares e... (...). Mas continuo a fazer, não tão, tão regularmente (...).”	1 (1)

	Evitar a exposição a estímulos pouco saudáveis como estratégia de incorrer no comportamento saudável.		
Reestruturação do ambiente físico	BCT. 12.1. Reestruturação do ambiente físico. Alteração do ambiente para facilitar a perda de peso.	“(…) objeto pequeno onde coloco aquilo que quero, aquilo que me apetece e não mais do que aquilo e ponto. Quer dizer, mesmo que esteja no armário, mas hoje já sou capaz de fazer isso.”	1 (1)
Reestruturação: não específico	BCT. 13.2. Estruturação/reestruturação OxFAB. Reestruturação Alteração na forma de pensar, sem especificar a forma de mudança na sua implementação.	“(…) mudou a forma de estar, se é que se pode dizer, à mesa, mudou a forma de encarar a alimentação (…).”	5 (4)
Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável.	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Preferir alternativas mais saudáveis.	“(…) Continuo a comer muito mas vamos escolher os alimentos mais saudáveis.”	6 (4)
Regulação: definição de regras: alimentação rica em proteínas	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável.	“Considero que seja uma alimentação regrada. (…) muito cuidada, (…) muito rica em proteínas (…).”	1 (1)

	Referência a um aumento ou a uma ingestão alimentar rica em proteínas na manutenção da perda de peso bem-sucedida.		
Regulação: definição de regras: ingestão de frutas e vegetais	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Inclusão ou aumento do consumo de frutas e vegetais, em substituição a outras alternativas menos saudáveis.	“(…) as proteínas que acompanham o peixe ou a carne substituo por… saladas.”	10 (8)
Regulação: definição de regras: ingestão de sopas	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Inclusão ou aumento da ingestão de sopa na fase de manutenção da perda de peso bem-sucedida.	“Como muita sopa e sem batata (…)”	6 (5)
Regulação: definição de regras: comer iogurtes magros	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Inclusão ou aumento do consumo de iogurtes magros ou variedades com menos calorias.	“Só bebo iogurtes magros, eu também só bebo líquidos, ou então aqueles naturais mas é sempre sem açúcar.”	2 (2)

Regulação: definição de regras: comer pratos grelhados	OxFAB. Regulação: definição de regras: beber um tipo diferente de álcool/trocar a comida por uma opção mais saudável. Inclusão ou aumento do consumo de grelhados em alternativa as outros alimentos prejudiciais à manutenção da perda de peso bem-sucedida.	“Passei a fazer mais grelhados (...)”	3 (3)
Regulação: permissões	OxFAB. Regulação: permissões: permitir fazer batota ou comer refeições, horas ou dias depois de restringir durante um determinado período de tempo. Ingestão de algo calórico, em determinado momento.	“(...) como um gelado de vez em quando.”	54 (27)
Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Evitar determinados alimentos como estratégia para a perda de peso, sem especificar quais.	“(...) evitar certos tipos de alimentos (...)”	4 (4)
Regulação: restrições: evitar a carne	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Diminuição da ingestão de carnes.	“(...) eu comia muito os bifés...não quer dizer hoje que eu não vá...a uma cervejaria e não coma um bife mas (...) isso é meses a meses.”	3 (2)
Regulação: restrições: evitar a fruta	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos.	“(...) não come fruta a seguir á refeição, pronto, aaa, come a fruta nos intervalos (...)”	2 (2)

	Redução da ingestão de fruta em geral ou em momentos específicos.		
Regulação: restrições: evitar o álcool	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Redução ou eliminação da ingestão de álcool.	“Mas mas pronto, tento, olhe tento, por exemplo, passar a maioria dos dias da semana sem beber bebidas alcoólicas.”	1 (1)
Regulação: restrições: evitar os doces	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Diminuição da ingestão de alimentos doces, incluindo bolos, açúcar.	“(…) cortei os doces (…).”	11 (7)
Regulação: restrições: evitar os fritos e gorduras	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Redução da ingestão de fritos e gorduras.	“E eu não cozinho com gordura, é só um fiozinho de azeite e chega.”	11 (7)
Regulação: restrições: evitar os hidratos de carbono	OxFAB: Regulação: restrições: evitar certos tipos de alimentos. Redução ou eliminação de hidratos sob as várias formas, como arroz, pão, massa.	“Eu hoje em dia não como hidratos de carbono (…).”	20 (8)
Regulação: restrições: evitar comer a determinadas horas do dia	OxFAB. Regulação: restrições: evitar comer a determinadas horas do dia.		0

Regulação: restrições: evitar comer ao jantar	OxFAB. Regulação: restrições: evitar comer a determinadas horas do dia. Redução alimentar ao jantar como estratégia de manutenção da perda de peso bem-sucedida.	“Eu cá em casa não faço jantar.”	10 (4)
Regulação: restrições: evitar comer entre as refeições	OxFAB. Regulação: restrições: evitar comer a determinadas horas do dia. Ter um intervalo de tempo definido entre refeições.	“Mas mantenho sempre o número de horas necessário...entre refeições.”	1 (1)
Regulação: restrições: Não comer alimentos que gosta	OxFAB. Regulação: restrições: não comer alimentos que gosta. Não ingerir alimentos de que se gosta, como estratégia para a perda de peso.	“Aí faço um esforço para não comer porque gosto (...).”	4 (4)
Regulação: restrições: recusar comida	OxFAB. Regulamento: restrições: pensar antecipadamente sobre como recusar educadamente uma refeição. Rejeitar alimentos pouco saudáveis para a manutenção da perda de peso bem-sucedida.	“(...) ainda ontem cheguei à pastelaria (...) onde eu costumo comprar o meu pão, e a senhora (...) disse-me: <i>Tenho ali uns pastéis de nata quentinhos, estão a sair</i> , e eu: <i>Não, não, ponha já o pão que quem vai já sair daqui sou eu. (...). Eu nem quero saber disso.</i> ”	1 (1)
Regulação: restrições: sair menos	OxFAB. Regulação: restrições: sair menos. Evitar fazer refeições fora de casa, como estratégia para a perda de peso.	“(...) os amigos geralmente a gente convivia nos jantares e (...). Mas continuo a fazer, não tão, tão regularmente (...).”	1 (1)

Resolução de outros problemas de saúde	Resolução de outros problemas de saúde que levaram ao excesso de peso ou dificultavam a manutenção do novo peso.	“Pronto, também tinha a parte da tiroide que depois foi resolvida e que não ajudava em nada (...).”	5 (3)
Restrição alimentar rígida	OxFAB. Restrição alimentar rígida. Definição do plano alimentar seguido, como sendo rígido.	“(...) porque neste momento não faço asneiras nenhuma (...).”	2 (2)
Restrição: alguns períodos serão mais restritos que outros	OxFAB. Restrição: Aceitar que alguns períodos terão mais restrições alimentares do que outros (flexível). Aceitar que em alguns momentos, vai ter de se seguir uma alimentação mais rígida, do que outros.	“Um desvario por semana. (...) depois equilibrar outra vez.”	34 (20)
Ser um modelo para os outros	BCT. 13.1. Identificação do próprio como modelo. Identificação de si mesmo como modelo para os outros no que diz respeito à perda de peso.	“(...) e os meus amigos, tenho conseguido também, certos amigos meus que, até, que tinham peso e não sei quê, e já consegui pôr muita gente a fazer desporto atrás de mim.”	10 (7)
Sucesso antecedente	BCT. 15.3. Foco nos sucessos anteriores Analogia entre o processo de perda de peso e outras mudanças comportamentais, feitas com sucesso no passado.	“(...) o que contribuiu para eu continuar sempre a baixar foi precisamente o sucesso de... de... do plano, ver o plano resultar.”	4 (3)

Suporte social informal: família e amigos	OxFAB. Suporte: motivacional: obter apoio da família/amigos. Referência ao apoio de familiares e amigos como importante para a manutenção da perda de peso	“(…) a família aí ajuda sempre, porque ajuda em tudo (…).”	5 (5)
Suporte social informal emocional: família e amigos	BCT. 3.3. Suporte social (emocional) OxFAB. Suporte: motivacional: obter apoio da família/amigos Referência ao apoio emocional de um membro da família ou um amigo ao longo da fase de manutenção para potencializar a estabilização do peso.	“(…) há a pessoa que nos motiva, aqueles amigos, há as pessoas de família, não é? <i>Ah que bom, estás mais magra, isso é ótimo, estás tão gira, (…)</i> e isso motiva-nos (…).”	15 (12)
Suporte social informal prático: família e amigos	BCT. 3.2. Suporte social (prático) OxFAB. Suporte: motivacional: obter apoio da família/amigos. Referência ao apoio prático de um membro da família ou um amigo ao longo da fase de manutenção para potencializar a estabilização do peso.	“(…) ela é a pessoa que mais me tem ajudado no processo na medida em que como é ela que produz ou que faz a comida, é ela que controla os processos de alimentação (…).”	15 (12)
Suporte social informal: buddying	OxFAB. Buddying: realizar os comportamentos-alvo com outra pessoa.		0

	Referência ao facto de realizar a manutenção da perda de peso em conjunto com alguém.		
Suporte social informal: buddying: exercício	OxFAB. Buddying: fazer exercício com um amigo/familiar Referência à manutenção da prática de atividade física, juntamente com um amigo ou familiar.	“(...) são aulas de ginásio, <i>spinning</i> aquele bicicleta (...) vou com uma amiga (...) sempre nos divertimos.”	1 (1)
Suporte social formal	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: consultar um profissional de saúde sobre a perda de peso. Referência à importância de procurar ajuda profissional para a manutenção da perda de peso, sem especificar o profissional a que se refere e o tipo de ajuda que recebe.	“Eu acho que foi uma grande equipa. (...). Uma grande equipa que me ajudou muito (...). E que continua a ajudar-me bastante.”	2 (1)
Suporte social formal: nutricionista	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: Obter apoio de um serviço ou profissional dedicado à perda de peso. Explicitação do acompanhamento (sem especificação) por um nutricionista como importante/útil no processo de manutenção da perda de peso.	“Procurei (...) o meu nutricionista, expliquei-lhe a situação (...)”	10 (8)

Suporte social formal emocional: nutricionista	BCT. 3.3. Suporte social (emocional) OxFAB. Suporte: ajuda profissional: Obter apoio de um serviço ou profissional dedicado à perda de peso. Explicitação do acompanhamento emocional por um nutricionista como importante/útil no processo de manutenção da perda de peso.	“E ela sempre foi, qualquer uma delas, sempre foram pessoas que deram um forte apoio.”	3 (3)
Suporte social formal prático: nutricionista	BCT. 3.2. Suporte social (prático) OxFAB. Suporte: ajuda profissional: Obter apoio de um serviço ou profissional dedicado à perda de peso. Explicitação do acompanhamento prático de um nutricionista como importante/útil no processo de manutenção da perda de peso.	“É seguindo só plano, é eu estou a seguir o plano que que eu tenho nas mãos de da nutricionista.”	14 (12)
Suporte social formal: médico	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: consultar um profissional de saúde sobre a perda de peso. Referencia ao apoio de um médico ao longo da fase de manutenção para potenciar a estabilização do peso.	“Eu às vezes digo ao Dr. Rui <i>you nem queira saber o o o gosto que eu tenho de o ter conhecido. Foi a melhor coisa que me pode acontecer.</i> ”	7 (6)
Suporte social formal: saúde mental	OxFAB. Suporte: ajuda profissional: procurar ajuda para lidar com o facto de se sentir em baixo,	“Olhe eu acho que o essencial no meio disto tudo é, portanto, as consultas que a gente (...)”	3 (2)

	ansioso ou stressado. Manutenção do processo de perda de peso facilitado pelo acompanhamento de um psiquiatra/psicólogo (sem especificar o tipo de suporte).	vamos tendo de apoio, as consultas de psiquiatria (...).”	
Suporte social formal: tomada de decisão partilhada	Referência a alterações e adaptações do plano com o objetivo de potenciar o sucesso e com uma tomada de decisão ativa por parte do participante.	“(…) e portanto vamos convivendo numa certa harmonia de dinâmica própria daquilo que é digamos a minha vontade e a vontade dela.”	2 (2)
Suporte social informal: não específico	Apoio informal recebido sem especificar a origem.	“Todas as pessoas que me rodeiam, todas as pessoas com quem eu convivo diariamente e que iam vendo os resultados e que me iam incentivando.”	1 (1)
Tolerância ao stress de não ingerir determinados alimentos	Capacidade para tolerar/ suportar a uma experiência de desconforto/sofrimento (sem especificação) que a não-ingestão de comida desejada provoca.	“Por exemplo, uma das coisas que eu adoro, eu adoro molho de cocktail, nem imagina, eu para mim era impensável comer uma salada sem molho de cocktail...foi das coisas que mais me custou.”	10 (4)
Ultrapassar o objetivo definido	Continuar a perder peso para além dos objetivos iniciais definidos pelo próprio ou por outro (e.g., nutricionista).	“Como me tinham dado uma meta de setenta quilos, ter chegado aos sessenta e seis, o meu mínimo foi os sessenta e cinco (...).”	4 (3)

Valorização da autoidentidade	BCT. 13.4. Valorização da autoidentidade. Necessidade de afirmação daquilo que a pessoa quer, da sua vontade, do que é e lhe faz sentido.	“E eu quero fazer as coisas por mim. E acho que esse é o segredo. É nós fazermos para nós.”	22 (13)
Vestir roupas jovens	Começar a vestir um estilo de roupa mais jovem, por oposição com um estilo mais “velho” antes da perda de peso, como fator de motivação para a manutenção.	“Era impossível vestir antes (...). Uma roupa mais moderna, antes vestia-me mais à velha. Isso também contribui.”	1 (1)
Visualização do impacto dos alimentos calóricos	Visualizando os resultados negativos de comer um alimento desejado e calórico.	“Até porque começo a pensar, tento imaginar, visualizar: <i>este pastel de nata vai direitinho para as tuas ancas e para as tuas coxas, vai direitinho todo para lá. (...) E depois as calças deixam de te servir.</i> ” Pronto tento assim imaginar estas coisas para me motivar a não ter este peso (...).”	2 (1)