



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Sucesso na Perda de Peso:

Um Estudo Qualitativo

José Eduardo Cristóvão Horta

Orientador de Dissertação:
PROF. DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROF. DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Clínica

2015

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

Agradecimentos

Enumerar todos os que contribuíram para esta caminhada de cinco anos que culmina nesta tese é quase impossível, tantos teria de nomear.

Começo por agradecer a todos os colegas que fizeram as entrevistas e transcreveram os seus conteúdos, pois permitiram que começasse a tese com os dados prontos a trabalhar.

A Professora Doutora Filipa Pimenta pelo tempo despendido, pela paciência, confiança que me deu e pelo incentivo constante para melhorar sempre a tese.

Aos professores do ISPA-IU, por irem muitas vezes além dos temas do currículo e, assim, permitindo-me crescer não só tecnicamente, mas principalmente como pessoa.

Aos meus colegas de curso, pela forma generosa como me acolheram, apoiaram e partilharam a sua amizade.

Devo igualmente agradecimentos ao Toni e ao Sr^a Reis, pela amizade e paciência, à Madalena Fonseca, José Narciso e Paulo Nunes pela colaboração e disponibilidade na biblioteca, ao Peter Taylor pelos bons conselhos na escolha dos livros na livraria e à Sofia Gamas por todo o apoio.

Um agradecimento à Claudia Moura, pela disponibilidade incondicional para alinhar em todas as ideias doidas para tentar dinamizar a instituição, principalmente o Particispa.

Obviamente a todos aqueles que privaram e apoiaram na intimidade, com especial destaque para a minha família.

À minha mulher, por todo o apoio, incentivo e crença que ela me deu e continua a dar todos os dias, ajudando-me a tornar uma pessoa melhor.

Resumo

O excesso de peso/obesidade tem uma elevada prevalência e um impacto significativo nos custos de saúde. A literatura documenta a possibilidade de perda de peso bem-sucedida (PPBS). Contudo, os estudos são escassos (principalmente os qualitativos) e pouco se sabe sobre as estratégias usadas pelos indivíduos que obtiveram sucesso na perda de peso. Este estudo, tendo por base a teoria sociocognitiva, pretende explorar as estratégias usadas pelos indivíduos que conseguiram fazer uma PPBS (perder pelo menos 7% do peso e manter a perda no mínimo por 12 meses). Foram feitas entrevistas semiestruturadas a 30 indivíduos e consequentemente analisadas pelo método de análise de conteúdo e análise temática; foi posteriormente feita uma análise de frequências e uma Análise de Correspondência Múltipla (ACM). No processo de perda inicial as categorias mais mencionadas foram *acompanhamento nutricional* (70%); *acompanhamento médico* (63%), *motivação Intrínseca para mudar* 67%, *motivação após resultado* 63% e *autocontrolo* 67%. Na Manutenção as categorias mais referidas foram: *autocontrolo* 50%, *internalização de estratégias* 47%, *exercício físico regular* 43% e *rejeição da hipótese de reexperimentar ter um peso excessivo* 43%. O modelo da ACM mostrou quatro fatores no início da PPBS (*Cumprimento, Execução, Autonomia e Autoimagem*) e quatro fatores na manutenção (*Habituação, Motivação, Estabilização e Esforço*). Em todos os fatores coexistem estratégias que despendem energia para controlar o comportamento e outras que repõem a energia. Este estudo permitiu analisar as estratégias usadas por um grupo de Portugueses com sucesso na perda de peso, dando uma perspetiva sobre as combinações de estratégias bem-sucedidas.

Palavras Chave: Perda de peso, Estratégias, Qualitativo, Manutenção, Sucesso

Abstract

Excessive weight/obesity has a high prevalence and significant impact in terms of health costs. The scientific literature shows that there is a possibility of successful weight loss (SWL). However, studies are scarce (namely, qualitative studies), and little is known about the strategies applied by the individuals who had a SWL. This study, having the Social Cognitive Theory as theoretical background, aims at exploring the strategies applied by individuals who managed to lose weight (to lose at least 7% of the weight and maintain the loss for at least 12 months). With this objective, semi structured interviews were made to 30 individuals and, analysed by the content analysis method, the thematic analysis method, frequency analysis and multiple correspondence analysis (MCA). On the initial phase of the SWL the more frequent categories were: *nutritional follow up* 70%, *medical follow up*, 63%, *intrinsic motivation for changing* 67%, *motivation after obtaining results* 63%, and *self-control* 67%. On the maintenance the most mentioned categories were: *self-control* 50%, *strategy internalization* 47%, *regular physical exercise* 43% and *rejection of the possibility of having excessive weight again* 43%. The MCA showed four factors in the initial stage (*Adherence, Execution, Autonomy* and *Self-Image*) and four factors in the maintenance phase (*Habituation, Motivation, Stabilization* and *Effort*). In all factors coexist strategies that deplete energy by exerting control and others that replenish it. This study allowed analysing the strategies applied by a group of Portuguese people, with success in losing weight, giving a perspective over the successful combinations of strategies.

Key words: Weight Loss, Strategies, Qualitative, Maintenance, successful.

Índice

Introdução	1
Fatores causadores	1
Consequências	5
Fatores de Sucesso	6
Modelo Sociocognitivo	8
Suporte Social	9
Formação de Hábitos	10
Método	12
Desenho de Investigação	12
Participantes	12
Material	13
Procedimento	14
Resultados	16
Fase de Início da PPBS	16
Fase de Manutenção da PPBS	21
Discussão	25
Referências Bibliográficas	33
Anexos	37

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização da amostra	13
Tabela 2- Frequências das categorias emergentes resultantes da análise de conteúdo da pré categoria de Processos/Fatores de início de perda de peso bem-sucedida	16
Tabela 3 - Análise Fatorial a 4 Dimensões das Categorias dos Processos e Fatores do Início da PPBS	20
Tabela 4 - Frequências das categorias emergentes resultantes da análise de conteúdo da pré categoria de Processos/fatores de manutenção de perda de peso bem-sucedida	22
Tabela 5 - Análise Fatorial a 4 Dimensões das Categorias dos Processos e Fatores do manutenção da PPBS	24

Anexos

Anexo I – Árvore de Codificação	37
---------------------------------	----

INTRODUÇÃO

A obesidade e o excesso de peso são um problema de saúde pública de grande escala. Em 2014, 1.900 milhões de adultos tinham excesso de peso, dos quais, 600 milhões estavam obesos. Em 2013, 42 milhões de crianças com menos de 5 anos tinham excesso de peso ou obesidade. A obesidade mais do que duplicou desde 1980 e neste momento, juntamente com o excesso de peso, estão ligadas a um número de mortes mais elevado do que as provocadas pelo baixo peso (WHO, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o excesso de peso como uma acumulação anormal ou excessiva de gordura que poderá causar problemas de saúde. O Índice de Massa Corporal (IMC) é um indicador usado pela OMS para a classificação das classes de peso. O IMC permite distinguir entre o peso considerado saudável, até 25 kg/m², o excesso de peso, de 25 kg/m² até 30 kg/m² e a obesidade para valores superiores a 30kg/m² (WHO, 2015).

Fatores causadores

Além das consequências, para se poder entender melhor esta temática, importa, igualmente, refletir acerca dos fatores que contribuem para o aumento de peso. A WHO (2015) considera que o peso excessivo resulta de um desequilíbrio entre a ingestão e o consumo de calorias e aponta como principais fatores o aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras e com elevados níveis energéticos e mudança para um estilo de vida mais sedentário e com menos exercício físico. Numa análise mais fina, Ogden (2010) refere uma interação entre fatores genéticos, nutricionais, dispêndio de energia, psicológicos e sociais.

A dimensão genética já está bem estabelecido que influencia o ganho de peso excessivo, ainda que não seja claro a forma como se expressa (Ogden, 2010). A teoria das células gordas, a taxa metabólica e a regulação do apetite podem ser formas diversas onde se pode expressar a influência genética (Ogden, 2000). No entanto, os modelos fisiológicos não conseguem explicar o rápido crescimento da obesidade nos últimos anos (Ogden, 2010).

Os fatores sociais são outra fonte significativa de impacto na problemática do excesso de peso. A influência do grupo familiar na instalação de padrões alimentares é fundamental

(Dovey, 2010; Ogden, 2010). Além desta, a influência dos pares, outros significativos no mesmo ambiente ou os media, apresentando padrões de comportamento e atitudes que podem ser incorporados no repertório comportamental do indivíduo (Ogden, 2010).

A facilitação social é uma das formas, através das quais, a inserção num ambiente social pode levar o indivíduo a comer mais. A relação do indivíduo com os elementos do grupo é importante, na medida em que, um grupo de estranhos terá menos influência no comportamento, mas um grupo de amigos ou família terá um impacto significativo no aumento das quantidades ingeridas. O tamanho do grupos também influencia. Quanto maior o grupo, maior o efeito, embora o aumento seja marginal para cada elemento adicional (Dovey, 2010).

A modelagem do comportamento é outro processo de influência social que pode impactar o comportamento alimentar. O indivíduo, quando come acompanhado, tende a aproximar o seu comportamento do seu parceiro de refeição. Se este comer muito o indivíduo tenderá a comer mais do que faria sozinho, aproximando-se do comportamento do outro, e se o companheiro comer menos, influenciará a diminuir a quantidade que ingere (Dovey, 2010). A presença de outra pessoa influencia o comportamento alimentar, tanto para pessoas que estão a fazer uma dieta como para pessoas que não estão a restringir a sua alimentação (Herman & Polivy, 2013).

A evolução da indústria alimentar nos últimos anos é outro fator referido na literatura como significativo para o crescimento do fenómeno do excesso de peso. O aumento do número de produtos com valores energéticos elevados, a sua promoção cada vez mais eficaz e a disponibilidade facilitada têm ajudado a contribuir para o aumento da problemática do excesso de peso e da obesidade. Em simultâneo, o estilo de vida, cada vez mais sedentário e com menos dispêndio de energia, também contribui para o desequilíbrio energético entre a ingestão e o consumo de calorias (Ogden, 2010).

O estilo de vida remete para a dimensão dos comportamentos individuais e para as escolhas feitas pela pessoa, nomeadamente ao nível do exercício físico. A literatura sugere que as pessoas com níveis de atividade mais baixos tendem a ter um peso mais elevado no longo prazo. Relativamente às pessoas com excesso de peso ou obesidade, os estudos não são conclusivos, mas sugerem que fazem menos exercício do que as pessoas com um peso dentro dos valores normais, embora não estabeleçam uma causalidade entre o exercício físico e os problemas de peso (Ogden, 2010).

A outra dimensão comportamental significativa para o tema do excesso de peso é a do comportamento alimentar.

Não existe uma relação clara entre as quantidades ingeridas e o excesso de peso ou obesidade, embora seja óbvio, que na proporção das suas necessidades, as pessoas com excesso de peso comem demais, devido à evidência da acumulação de gordura. Existe, no entanto, alguma evidência que por vezes, embora não de forma consistente, consumam mais calorias. Por outro lado é mais clara a relação entre a ingestão de determinados tipos de alimentos, como gorduras e os problemas de peso. Finalmente, outro fator onde há evidências de diferenças de comportamento entre as pessoas com problemas de peso e as pessoas com peso normal é a forma como organizam as refeições, os momentos em que comem, os tempos de intervalo entre refeições e a forma como comem também é diferente (Ogden, 2010).

Ao nível dos motivadores para o comportamento alimentar das pessoas com problemas de excesso de peso ou obesidade, há dois fatores referidos na literatura do tema. A alimentação emocional e a alimentação externa.

A alimentação externa consiste na reação da pessoa a um estímulo externo que desencadearia uma resposta de ingestão de alimentos (Ogden, 2010). No entanto, segundo Dovey (2010) não há consenso relativamente ao impacto deste comportamento nos níveis de aumento de peso, até por manifestar-se tanto na população com problemas de peso, como nos indivíduos com um peso normal. No estudo de van Strein, Herman e Verheijden (2008), defende-se que o tamanho corporal tem uma relação mais forte com a alimentação emocional do que com a alimentação externa.

A alimentação emocional resulta de uma resposta a um estímulo interno, neste caso uma emoção. A ingestão de alimentos saborosos dá um prazer resultante da libertação de opióides endógenos, daí afetando a disposição emocional. Desta forma, a alimentação torna-se uma forma de gerir as emoções, recorrendo a ela quando a pessoa se sente mal. Ao mesmo tempo, pode funcionar como uma estratégia de coping de evitamento, distraindo a pessoa da emoção perturbadora (Dovey, 2010).

A redução da autoconsciência do indivíduo, seja por uma tarefa distratora, como ver televisão, devido a uma variável ambiental, ou para reduzir o desconforto de uma emoção negativa, pode igualmente levar à desinibição do comportamento alimentar, causando a ingestão excessiva, nomeadamente nas pessoas que estejam a restringir a sua dieta (Baumeister, Heatherton & Tice, 1994).

Finalmente, o comportamento alimentar mais comum para reduzir o peso é a dieta, ou restrição alimentar (Dovey, 2010; Herman & Polivy, 2013). Este comportamento caracteriza-se por controlar de forma consciente e intencional a qualidade e a quantidade dos alimentos que a pessoa ingere. Desta forma tende a distanciar-se dos estímulos fisiológicos, como a sensação subjetiva de fome. Assim, são frequentes maiores períodos sem comer, não ingerir a quantidade suficiente para se sentir saciado ou não ingerir os alimentos que desejava (Dovey, 2010). Esta necessidade permanente de contrariar os estímulos internos em favor de uma regra exterior que é seguida de forma pensada, leva a um esforço permanente de autocontrole, o que deixa os indivíduos num estado de redução da energia necessária para exercer autorregulação do comportamento (Dovey, 2010; Muraven & Baumeister, 2000). Por este motivo, as pessoas quando restringem a sua alimentação reagem a uma quebra da regra ingerindo uma quantidade excessiva de comida, num fenómeno chamado de contra regulação (Dovey, 2010; Herman & Polivy, 2013). O indivíduo que restringe a sua dieta tende a pensar em termos absolutos e extremados. Uma falha no cumprimento da regra equivale a uma falha em todo o processo, pelo que, não vale a pena manter o esforço e passa a comer em excesso (Herman & Polivy, 2013). O grau de rigidez na adesão e aplicação das regras é importante, sendo os indivíduos mais rígidos os que evidenciam mais dificuldades em lidar com os fatores que os possam levar a comer em excesso e que reagem de forma mais extremada, aumentando a ingestão de alimentos de forma mais radical (Dovey, 2010). Entre as consequências da restrição alimentar encontram-se evidências de flutuações de peso, após o término da restrição alimentar o peso tende a aumentar, particularmente nas mulheres, e há uma maior tendência para a ingestão de alimentos ricos em gorduras, por serem exatamente os que estavam vedados na fase de restrição. Por estes motivos há evidências do comportamento de restrição alimentar poder ser causador de aumento de peso (Ogden, 2010).

Dovey (2010), considera que todos os tipos de comportamentos alimentares referidos interagem entre eles, não existindo de forma isolada, tendo por vezes um efeito aditivo entre eles. Nesta perspetiva, Macht (2008) propôs um modelo que integra vários aspetos da emoção e características do indivíduo em simultâneo. Este organiza-se em cinco níveis. Primeiro, quando a emoção surge devido ao um estímulo relacionado com a comida, então afeta o processo de decisão da escolha alimentar. Segundo, se a emoção não for induzida pela comida, mas for intensa ou com uma ativação elevada, o comportamento será de suprimir o desejo de comer. Exemplos deste tipo de emoções são: uma tristeza intensa, medo intenso ou uma situação de stress prolongado. Terceiro, as emoções positivas ou negativas impactam

pessoas que restrinjam a alimentação desinibindo o seu controle alimentar, logo, levando a uma ingestão excessiva de comida. Quarto, quando pessoas que tenham um comportamento de alimentação emocional sentem uma emoção negativa, leva a um comportamento de aumento de ingestão de comida de alto valor energético com o objetivo de regular as emoções. Por último, no quinto nível, se as emoções tiverem relevância para o comportamento alimentar, então vão afetar a experiência alimentar de forma congruente com o tom emocional.

Assim, e em linha com todos os temas à volta dos quais não existe um consenso na literatura, Ogden (2010) sugere que a investigação quanto às causas da obesidade é contraditória o que sugere que ainda se sabe pouco quanto aos fatores preditores. No entanto, as consequências estão bem identificadas e são consideráveis.

Consequências

A gravidade desta condição, além da perda de qualidade de vida, resulta dos problemas de saúde associados ao peso excessivo e dele resultantes. As consequências manifestam-se tanto a nível dos problemas médicos, como a nível psicológico. A OMS considera o excesso de peso e a obesidade como um fator de risco considerável para um conjunto de problemas de saúde como doenças cardiovasculares, doenças musculoesqueléticas, diabetes e alguns tipos de cancro (WHO, 2015). Um valor de IMC mais elevado está também relacionado com uma diminuição da esperança média de vida (Dovey, 2010; Ogden, 2010).

Por outro lado, as consequências psicológicas têm muito menos destaque que as de natureza médica (Dovey, 2010), e existe menos conhecimento acerca dos problemas psicológicos associados (Friedman & Brownell, 2002), embora tenham um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa (Seidell & Tjihuis, 2002). A estigmatização provocada pela imagem corporal no meio social tem como consequência comportamentos de discriminação (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1994; Dovey, 2010), levando a taxas mais elevadas de depressão, baixa autoestima e menor perceção de valor por parte das pessoas com excesso de peso ou obesidade (Dovey, 2010). Ogden (2010) considera que existe uma relação entre a obesidade e o excesso de peso, e a depressão, ansiedade, baixa autoestima e insatisfação corporal.

No entanto esta posição não é consensual. Para Seidell e Tjihuis (2002), na população que sofre com este problema, o funcionamento psicológico e social, geralmente, não está afetado, logo não existe uma relação entre as duas dimensões. Friedman e Brownell (2002) descrevem como um paradoxo o facto de a experiência clínica apontar no sentido de existir uma relação entre os problemas de peso e os psicológicos, mas a maioria dos estudos não a confirmarem. Mais, a ausência de diferenças nos estudos comparativos entre participantes que sofrem com problemas de peso e participantes sem o problema levou à assunção que a população com excesso de peso ou obesidade seria uniforme em termos de funcionamento psicológico e que não haveria relação entre os problemas psicológicos e os de tamanho corporal. Ainda assim, Friedman e Brownell (2002) consideram que o grupo das pessoas com obesidade ou excesso de peso é heterogéneo relativamente à etiologia, consequências do excesso de peso e resposta aos tratamentos. Considerar essa heterogeneidade é essencial para conseguir entender as consequências psicológicas dos problemas relacionados com o excesso de peso. Assim, concluem que nem todas as pessoas que sofrem de excesso de peso são afetadas com problemas psicológicos resultantes dessa condição, mas que é necessário mais estudos para compreender a natureza da relação entre as problemáticas do excesso de peso e as suas consequências psicológicas. Em concordância, Ogden (2010) afirma que a relação entre o tamanho corporal e os problemas psicológicos tem uma natureza complexa.

Fatores de Sucesso.

A manutenção do peso após a sua redução é um processo difícil e muitas pessoas recuperam o peso perdido. No entanto há indivíduos que conseguem fazê-lo. Os fatores referidos como contribuindo para este sucesso são dietas com um baixo consumo de calorias e gorduras, níveis elevados de exercício físico e um comportamento de monitorização do peso (Wing & Klem, 2002). A existência de estratégias e o acompanhamento por técnicos de saúde no longo prazo é outro fator que contribui para o sucesso da manutenção do peso reduzido (Perri, 2002).

Vários estudos suportam que uma perda de peso de sucesso se define como sendo uma redução de 5% a 10% (Stubbs et al., 2011), mantida por pelo menos um ano (Wing & Phelan, 2005), evidenciando a redução e a manutenção como dois processos separados (Sciamanna et al., 2011), mas complementares.

A maioria dos estudos nesta área são quantitativos, e existe pouca informação disponível sobre o que as pessoas fazem para perder peso (Santos et al., 2010; Wing & Phelan, 2005).

Chambers e Swanson (2012) sublinham ser necessário conhecer a combinação de estratégias utilizadas pelos indivíduos e avaliar o grau de eficácia. Creswell (2013) refere que a abordagem qualitativa permite uma compreensão detalhada da complexidade dos temas, por ir além das análises quantitativas e possibilita uma perspetiva ampla sobre os processos experienciados pelos sujeitos.

Os escassos estudos que abordam o tema da perda de peso qualitativamente, focam-se em amostras pequenas (inferiores a 30 participantes) e, exclusiva ou maioritariamente, femininas. Assim, Hindle e Carpenter (2011) fizeram entrevistas semiestruturadas a dez mulheres Britânicas que mantiveram uma perda de peso de 10% durante um ano. As entrevistas foram analisadas com um método de análise de conteúdo. Os fatores que resultaram como importantes para a manutenção da perda de peso num prazo superior a um ano foram a motivação autónoma, não ter uma abordagem rígida da dieta, aumento da atividade física, fazer auto monitorização e a existência de suporte social. Reyes et al. (2012) utilizou seis grupos focais, num total de vinte e oito mulheres Americanas, que perderam pelo menos 10% do peso em dois anos. As participantes foram divididas entre as que mantiveram a perda de peso e as que recuperaram o peso perdido. Foi feita uma análise de conteúdo e concluiu-se que quem manteve a perda de peso continuou a monitorar o peso, teve estratégias de resolução de problemas mais eficazes, manteve um auto diálogo mais positivo e manteve as estratégias de perda também na fase de manutenção. Finalmente, no estudo de Chambers e Swanson (2012), foram feitas entrevistas semiestruturadas a vinte adultos Escoceses, quinze mulheres e cinco homens, divididos em três grupos. Os sujeitos que mantiveram o peso sem esforço ao longo da vida, os que mantiveram ativamente o seu peso (i.e. tiveram de implementar estratégias para o manter) e os que ganharam peso e estão perto ou no seu peso máximo. Na análise de conteúdo os temas que emergiram como mais significativos para a manutenção do peso foram a monitorização do peso, a resposta rápida aos aumentos e manifestar estratégias de coping para gerir situações inesperadas.

Tal como referido anteriormente, este conjunto de estudos envolveu grupos pequenos de participantes, incidiu mais na participação de mulheres do que de homens e não se conhecem trabalhos com amostras portuguesas.

A maioria da investigação na área dos comportamentos alimentares feita dentro da abordagem cognitiva foi baseada nos modelos de cognição social (Ogden, 2010). A Teoria Sociocognitiva (TSC) de Bandura (1986) é um desses modelos e será a base teórica para esta tese.

Modelo Sociocognitivo

A TSC (Bandura, 1986), insere-se no movimento cognitivo não considerando o indivíduo como sendo dirigido por forças internas, ou pulsões como na teoria psicanalítica de Freud, nem moldado automaticamente e controlado por estímulos externos, como defendem os Comportamentalistas. Assim, a TSC defende uma perspectiva triádica onde a interação dos acontecimentos no ambiente, os fatores pessoais e o comportamento são mutuamente determinados nas suas interações.

O modelo TSC, ao invés da perspectiva Behaviorista que considera existir uma ligação direta entre o estímulo e a resposta, enfatiza a capacidade de simbolização. A pessoa não age em função do estímulo, mas da simbolização associada, a expectativa do resultado dessa ação. (Bandura, 1986).

Esta expectativa é uma construção do próprio que pode ser feita pela experiência direta ou pela aprendizagem vicariante. Assim, a pessoa ao perspetivar um resultado futuro, escolhe um comportamento, cujas expectativas o colocam mais próximo do resultado desejado (Bandura, 1986).

As expectativas não são apenas acerca do resultado final da ação quando esta é bem desempenhada, mas igualmente acerca da capacidade da pessoa para fazer o necessário para obter o resultado desejado. Trata-se da percepção de autoeficácia do próprio e é mediadora do esforço despendido para obter o resultado pretendido. Bandura (1986) considera ser um dos determinantes de comportamento mais importantes.

A autoregulação é outro processo fundamental, através do qual podem expressar-se vários mecanismos motivadores. Este atua comparando o comportamento a padrões interiorizados como referenciais, avaliando os eventuais desvios, positivos ou negativos, e ajustando o desempenho. Estes padrões podem ser mais do que meros referenciais e assumirem o papel de

objetivos, tornando-se motivadores, se existir uma recompensa associada a um desvio positivo ou uma resposta de ajustamento da ação a um desvio negativo (Bandura, 1986).

As recompensas pelo desempenho do indivíduo podem ser de duas ordens. Internas, como um estado de satisfação pela obtenção de um bom resultado, ou externas e diretamente associadas ao produto do desempenho. Entre as internas pode estar o reforço da expectativa de autoeficácia a partir da repetição de um resultado positivo, influenciando, assim, a tomada de decisão quanto à ação a tomar (Bandura, 1986).

Os modelos de cognição social, aplicados na psicologia da saúde, têm como objetivo prever o comportamento do indivíduo ou as suas intenções comportamentais e os motivos para ele não cumprir novos planos de conduta (Ogden, 2000). Algumas das teorias que derivam da TSC são aplicadas na área da psicologia da saúde, nomeadamente no comportamento alimentar, como forma de tentar prever a escolha da comida tal como para mudar essas escolhas (Ogden, 2010).

Uma das inovações da TSC foi o englobar o vértice social na sua estrutura. Dentro deste uma das variáveis referidas como significativas na literatura da problemática do redução de peso é o suporte social (Hindle & Carpenter 2011; Perri, 2002).

Suporte Social

O suporte social é um processo transacional complexo que envolve uma interação entre o indivíduo e a sua rede de suporte (Ornelas, 1994). Tributários deste conceito existem o suporte social formal, o suporte oriundo de fontes institucionais/formais de suporte (Calheiros & Paulino, 2007) e o suporte social informal, definido como suporte prestado fora de contextos formais como local de trabalho, profissionais de saúde ou serviços sociais e inclui apoio da família, amigos ou grupos informais (Campbell, Wynne-Jones, & Dunn, 2011).

Um dos estudos qualitativos acima citados (Hindle & Carpenter, 2011), o suporte social é um dos fatores referidos como significativos para uma perda de peso bem-sucedida. Noutra investigação (Anderson, Winett, & Wojcik, 2007) suporta a noção do suporte social da família (suporte social informal) como um fator significativo para a perda de peso bem sucedida. Foi igualmente sustentado que o efeito do suporte social fez-se sentir por intermédio das variáveis autoeficácia e autorregulação.

O suporte social relaciona-se com os conceitos de autoeficácia, sendo considerado um precursor deste (Anderson, Winett, & Wojcik, 2007). Pode-se aventar que a necessidade de relação poderá ser satisfeita, entre outras formas, pelo suporte social formal, na relação com os técnicos de saúde. A importância da relação com os técnicos e a sua atitude de apoio à autonomia como forma de melhorar a saúde física e mental dos pacientes, foi suportada pelas conclusões da revisão de literatura de Ng et al. (2012).

Se por um lado o suporte social é fundamental para a pessoa ter o apoio necessário nos processos de mudança, nomeadamente num processo de redução de peso, a formação de hábitos é que sedimenta esses novos comportamentos, garantindo que se irão manter no futuro.

Formação de Hábitos

O hábito é uma resposta automática desencadeada por uma pista contextual, logo de forma pouco consciente (Orbell & Verplanken, 2010). A ligação à pista contextual resulta da repetição da ação em associação com essa pista presente ou devido a um reforço pela presença da mesma (Wood & Neal, 2007). Por outro lado, a ação habitual surge sem a mediação de um objetivo. Ou seja, na sua formação, a ação inicial poderia ter tido um objetivo, mas com o passar do tempo e a repetição, ela é dissociada desse objetivo e mantém-se independente desse objetivo permanecer ou não (Wood & Neal, 2007). Finalmente Wood e Neal (2007), consideram que como os hábitos são uma construção lenta e ao longo do tempo, feita de experiência e repetição. Os hábitos são resistentes aos objetivos atuais que possam ser contraditórios com os originais, tornando-os resistentes à mudança.

Resulta do aspeto automático do hábito que o nível de controlo comportamental diminua e a consciência da ação também. Quando esse automatismo, associado ao hábito, é muito forte, e dependente de um estímulo, será natural usar uma abordagem que iniba a esse automatismo, nomeadamente, evitando a exposição ao estímulo (Orbell & Verplanken, 2010).

Os hábitos repetidos com maior frequência são mais difíceis de alterar, apesar da mudança de intenções, comparativamente com os hábitos menos frequentes (Webb & Sheeran, 2006).

Por um lado, os hábitos existentes estão sujeitos a estas limitações à sua mudança, por outro a criação de novos hábitos poderá ser uma boa estratégia para a redução e particularmente

manutenção do peso perdido (Lally, Chipperfield, & Wardle, 2008). Numa intervenção onde foram fornecidas informações sobre como criar novos hábitos para reduzir peso, os resultados foram significativos, indicando que a criação de novos hábitos pode ser uma estratégia de sucesso na redução de peso (Lally et al., 2008).

No contexto da mudança de comportamentos de saúde, o fato de o hábito não suscitar a intervenção de um controle sobre a ação e funcionar de forma automática e pouco consciente, enfatiza a importância de um processo que potencie o controle do comportamento, ou seja, o autocontrole.

Esta investigação pretende explorar as estratégias utilizadas por indivíduos que fizeram uma perda de peso bem-sucedida, no seu processo de redução de peso inicial e no seu processo de manutenção da perda de peso, de forma diferenciada. Pretende-se, concretamente, fazer um estudo de frequências em relação às várias estratégias (de perda inicial e de manutenção) e desenvolver um modelo explicativo da associação entre as estratégias identificadas nos dois processos, nesta amostra.

Pretende-se ainda fazer a caracterização de uma amostra de participantes com uma perda de peso bem-sucedida em termos de variáveis sociodemográficas (ex., idade, estado civil).

Método

Desenho de Investigação

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

Participantes

Os participantes, caracterizados na Tabela 1, são 30 adultos (15 mulheres e 15 homens), com mais de 18 anos, que tenham feito uma perda de peso intencional nomeadamente diminuição de pelo menos 7% do seu peso e manutenção da mesma durante, no mínimo, um ano. A perda de peso média foi de 31,9 kg ($DP = 27,59$) e correspondendo a 24,9% do peso total. O IMC médio no momento da entrevista de 29,8, com um Desvio padrão de 7,044. Todos os participantes partem de um quadro de excesso de peso ou obesidade. O excesso de peso é definido como um índice de massa corporal (IMC) igual ou acima dos 25 e obesidade igual ou superior a 30kg/m² (WHO, 2012). Todos os participantes são fluentes em Português.

Tabela 1 Caracterização da Amostra		
Características	n	%
n	30	
Sexo		
Masculino	15	0,5
Feminino	15	0,5
Idade M (SD)	43,31	(13,562)
Perda de peso M (SD)	30 (25%)	(27,59)
Estado Civil		
Solteiros	12	0,4
Casados ou União de facto	12	0,4
Divorciados	3	0,1
Não Responderam	3	0,1
Vida Sexual Ativa		
Sim	16	0,5
Não	12	0,4
Não Responderam	2	0,1
Escolaridade Média		
Primeiro Ciclo	2	0,1
Segundo Ciclo	2	0,1
Terceiro Ciclo	4	0,1
Secundário	4	0,1
Superior	14	0,5
Não Resp/Especificaram	4	0,1
Profissionalmente		
Ativos	16	0,5
Desempregados	4	0,1
Reformados	4	0,1
Não Resp/Especificaram	6	0,2
Rendimento anual		
10.000€ ou menos	6	0,2
De 10.000€ a 20.000€	11	0,4
De 20.001€ a 37.500€	4	0,1
De 37.501€ a 70.000€	3	0,1
Mais de 70.000€	1	0,0
Não Resp/Especificaram	5	0,2
Fizeram cirurgia		
Sim	9	0,3
Não	18	0,6
Não Resp/Especificaram	3	0,1

Material

Decorrente da literatura e da opinião de especialistas foi desenvolvido um guião de entrevista, que explorou domínios específicos pertinentes no contexto da perda de peso. A entrevista seguiu o guião estruturado, com perguntas abertas. Para explorar os processos/fatores associados ao início da PPBS colocaram-se as seguintes questões: “O que acha que contribuiu para começar a perder peso? O que fez nessa altura para iniciar o processo de

emagrecimento?“, “Como foi para si a experiência de perder peso? Porque acha que perdeu todo este peso?“, “Como acha que conseguiu (o que o levou a conseguir, o que contribuiu) obter este novo peso muito mais baixo?“, “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?“, “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?“. Para explorar os processos/fatores associados à manutenção de novo peso mais baixo na PPBS, questionaram-se os participantes da seguinte forma: “Depois de ter perdido grande parte do peso, na sua opinião, o que contribuiu para conseguir manter este novo peso, mais baixo?“, “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?“, “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?“, “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?“, “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?“. Foi, igualmente, aplicado um questionário sociodemográfico, para avaliação do estado de saúde e de peso.

Procedimento

A angariação de participantes foi efetuada em cenários comunitários e clínicos, nomeadamente, uma clínica para o tratamento de obesidade, o consultório privado de uma nutricionista, o departamento de endocrinologia de um hospital, uma organização comunitária para pessoas com obesidade e através das redes sociais. O estudo inicialmente foi apresentado aos Diretores (no caso das clínicas) e Comissão de ética (contexto hospitalar), sendo posteriormente aprovado. Os potenciais participantes eram contactados numa primeira instância pelos profissionais de saúde da instituição e, após a demonstração de interesse, os indivíduos eram contactados pela equipa de investigação. Inicialmente era conduzida uma breve avaliação para confirmar a presença dos critérios de inclusão. De seguida era apresentado o consentimento informado, informando-os acerca do objetivo do estudo e das

garantias de confidencialidade, e um pedido escrito de autorização para gravação áudio da entrevista. As entrevistas decorreram na universidade onde o estudo foi efetuado, ou no contexto de recolha (clínico ou hospitalar), em salas com a porta fechada, por psicólogos treinados no guião predefinido.

As entrevistas foram transcritas e analisadas pelo método de análise de conteúdo (Bardin, 2011) e análise temática (Braun & Clarke, 2006), concomitantemente indutiva e dedutiva. Iniciou-se o processo com duas categorias pré-existentes (processos/fatores de início de perda de peso bem-sucedida; processos/fatores de manutenção de novo peso mais baixo). Associadas a estas emergiram as subcategorias, mutuamente exclusivas, para diferenciar os conteúdos presentes nas entrevistas.

A análise temática e de conteúdo foi feita da seguinte forma: a) foram sendo criadas categorias e subcategorias associadas às categorias estabelecidas a priori (Processos/Fatores de perda de peso bem-sucedida e Processos/fatores de manutenção de perda de peso bem-sucedida), à medida que foram sendo lidas e analisadas as entrevistas; b) as categorias/subcategorias emergiam do conteúdo e informadas pelos exemplos (conteúdo) associados às categorias; c) cada segmento das entrevistas foi codificado de acordo com as categorias emergentes; d) foram criadas as novas categorias e subcategorias, que refletissem o conteúdo latente das afirmações, mas não se sobrepusessem às existentes e fossem homogêneas dentro da mesma categoria-mãe, de acordo com as regras de Bardin (2011).

A análise foi feita por um júri de dois investigadores da área de psicologia (um estudante de mestrado e um professor, especialista na área).

Todos os fatores e estratégias mencionados pelos participantes foram considerados na fase de caracterização, mas para efeito da Análise de Correspondência Múltipla, apenas aqueles que foram referidos por pelo menos em 10% dos participantes foram considerados.

Esta última análise pretendeu compreender como estão associadas as categorias entre si, permitindo descobrir as variáveis psicológicas latentes associadas ao comportamento dos participantes na fase inicial e na fase de manutenção da PPBS. O software usado foi o SPSS, v..22

Resultados

Fase de Início da PPBS

As categorias emergentes na dimensão Processos/Fatores de perda de peso bem-sucedida na fase inicial, e os respetivo número de entrevistas em que foram cotadas estão na Tabela 2.

Emergiram 125 categorias, sendo que as que estiveram presentes em mais de 3 entrevistas (mais de 10%) correspondem a 84% do total das codificações. No total foram codificadas 1.682 unidades de significado. As categorias relacionadas com o suporte social formal foram as mais evidenciadas.

Tabela 2 Frequências das categorias emergentes resultantes da análise de conteúdo da precategoria de Processos/Fatores de início de perda de peso bem-sucedida

Categorias e subcategorias	Frequência	Percentagem (Frequência/30)
2.1.1 Iniciação do processo de perda de peso promovida por profissionais de saúde		
2.1.1.1 Acompanhamento psicológico	2	6,7
2.1.1.2 Perceção de suporte social formal sem especificação	8	26,7
2.1.1.3 Existência de intervenção cirúrgica	9	30,0
2.1.1.4 Encaminhamento	13	43,3
2.1.1.5 Reestruturação do significado de perda	1	3,3
2.1.1.6 Existência de um plano nutricional que possa ser consultado	16	53,3
2.1.1.7 Adaptação do plano com decisão ativa	3	10,0
2.1.1.8 Acompanhamento médico	19	63,3
2.1.1.9 Acompanhamento nutricional	21	70,0
2.1.1.10 Regulação banda gástrica	1	3,3
2.1.1.11 Clínica de estética	1	3,3
2.1.1.12 Clínica para redução de peso	1	3,3
2.1.1.14 Fisioterapeuta	1	3,3
2.1.1.13 Medicação	2	6,7
2.1.1.15 Psiquiatra	1	3,3
2.1.1.16 Grupo terapêutico	2	6,7
2.1.2 Consequências físicas/doença do peso excessivo desencadearam o	18	60,0
2.1.3 Restruturação cognitiva		0,0
2.1.3.1 Necessidade de mudança cognitiva/comport. devida a	4	13,3
2.1.3.2 Alteração da forma de pensar sem especificação	3	10,0
2.1.4 Adaptação geral da vida	3	10,0

Tabela 2 Frequências das categorias emergentes resultantes da análise de conteúdo da precategoria de Processos/Fatores de início de perda de peso bem-sucedida (continuação)

Categorias e subcategorias	Frequência	Porcentagem (Frequência/30)
2.1.5 Existência de suporte social informal		0,0
2.1.5.1 Apoio do(da(s) filho/filha(s)	3	10,0
2.1.5.2 Expressão, por parte de uma pessoa significativa, de controlo/incentivo	1	3,3
2.1.5.3 Encaminhamento amigos/familiares para consulta/serviço específico	4	13,3
2.1.5.4 Apoio do(a) cônjuge	6	20,0
2.1.5.5 Apoio da amiga no fornecimento da dieta	1	3,3
2.1.5.6 Apoio da família	8	26,7
2.1.5.8 Apoio do pai	1	3,3
2.1.5.9 Apoio da mãe	3	10,0
2.1.5.10 Amigos	4	13,3
2.1.5.11 Sem especificação	3	10,0
2.1.5.12 Pais	1	3,3
2.1.6 Diminuição de ingestão de alimentos		0,0
2.1.6.1 Água	6	20,0
2.1.6.2 Fritos e gorduras	7	23,3
2.1.6.3 Fruta	2	6,7
2.1.6.4 Hidratos	7	23,3
2.1.6.5 Controlo sem especificação	15	50,0
2.1.6.6 Jantar	4	13,3
2.1.6.7 Quantidades	8	26,7
2.1.6.9 Alcool	3	10,0
2.1.6.10 Almoço	1	3,3
2.1.6.11 Bolos/Doces/Açúcar	9	30,0
2.1.6.12 Refrigerantes	4	13,3
2.1.6.13 Fruta	2	6,7
2.1.6.14 Entre refeições	2	6,7
2.1.6.15 Lanche	1	3,3
2.1.6.16 Redução de hidratos à noite	4	13,3
2.1.6.17 Sal	1	3,3
2.1.6.18 Cefalópodes	1	3,3
2.1.7 Epifânia	13	43,3
2.1.8 Perceção de autoeficácia no início do processo de perda de peso	12	40,0
2.1.9 Iniciar exercício físico	11	36,7
2.1.10 Fazer refeições em casa	2	6,7
2.1.11 Antecedentes de sucesso	2	6,7
2.1.12 Objetivo (s)		
2.1.12.1 Objetivo de mestria de atingimento	7	23,3
2.1.12.2 Objetivo de mestria de evitamento		
2.1.12.2.1 Proximidade do limite indesejável	2	6,7
2.1.12.2.2 Esforço para não perder	1	3,3
2.1.13 Ultrapassar objetivo	1	3,3
2.1.14 Pensar sobre o que se come	1	3,3
2.1.16 Incapacidade para fazer tarefas diárias/mobilidade	6	20,0
2.1.18 Identificação com/Crença na estratégia/solução	6	20,0
2.1.20 Estômago cheio	1	3,3
2.1.21 Estruturação de um horário para refeições	2	6,7
2.1.22 Discriminação / Estigmatização percebida	2	6,7
2.1.23 Aumento Alimentar		
2.1.23.1 Água	11	36,7
2.1.23.2 Sumo de Laranja	1	3,3
2.1.23.3 Arroz	1	3,3
2.1.23.4 Grelhados	3	10,0
2.1.23.5 Vegetais/Frutas	8	26,7
2.1.23.6 Bolachas de água e sal	1	3,3
2.1.23.7 Pequeno almoço	2	6,7
2.1.23.8 Leite Magro	1	3,3
2.1.23.9 Associação de alimentos para atrasar a absorção	1	3,3
2.1.23.10 Chocolate preto	1	3,3

Tabela 2 Frequências das categorias emergentes resultantes da análise de conteúdo da precategoria de Processos/Fatores de início de perda de peso bem-sucedida (continuação)

Categories e subcategorias	Frequência	Porcentagem (Frequência/30)
2.1.24 Comer sozinho	2	6,7
2.1.25 Evitar comprar determinados alimentos	1	3,3
2.1.26 Fazer refeições diferentes das do agregado familiar	1	3,3
2.1.27 Comer várias vezes ao dia	8	26,7
2.1.28 Avaliação negativa de outros	3	10,0
2.1.29 Não misturar alimentos	2	6,7
2.1.30 Jantar mais cedo	1	3,3
2.1.32 Motivação após resultado	19	63,3
2.1.33 Comer mais devagar	2	6,7
2.1.34 Alimentação muito variada	8	26,7
2.1.35 Comer em pratos pequenos	1	3,3
2.1.36 Perceção de roupa mais folgada	8	26,7
2.1.37 Valorização externa	5	16,7
2.1.38 Autoestima	4	13,3
2.1.39 Autoimagem corporal		0,0
2.1.39.1 Avaliação positiva /Satisfação com o corpo	4	13,3
2.1.39.2 Avaliação negativa do corpo /insatisfação com corpo	11	36,7
2.1.39.3 Desejar uma auto imagem / aparência positiva	1	3,3
2.1.40 Exceção Controlada	9	30,0
2.1.41 Mudança de etapa	5	16,7
2.1.43 Motivação para a competência/capacidade	2	6,7
2.1.44 Necessidade de autodeterminação		
2.1.44.1 Autonomia		
2.1.44.1.1 Flexibilidade e adaptação comportamento alimentar	11	36,7
2.1.44.1.2 Valorização da possibilidade de poder escolher	3	10,0
2.1.44.1.3 Afirmação do eu	6	20,0
2.1.45 Motivação intrínseca para mudar	20	66,7
2.1.47 Cozinhar melhor	1	3,3
2.1.48 Tolerância ao Distress		
2.1.48.1 Tolerancia a uma situação desagradável sem especificação	15	50,0
2.1.48.2 Tolerância à sensação de fome	10	33,3
2.1.50 Mudar significados atribuídos aos alimentos	1	3,3
2.1.52 Exercício físico para mudar outros comportamentos	1	3,3
2.1.53 Adaptação fisiológica à redução alimentar	6	20,0
2.1.54 Consequências negativas observadas noutros	2	6,7
2.1.56 Automonitorização	10	33,3
2.1.58 Tempo livre	2	6,7
2.1.59 Época do ano	2	6,7
2.1.60 Dividir as porções	1	3,3
2.1.63 Impressionar parceiro afetivo-sexual	4	13,3
2.1.65 Escolha ativa e informada de exercício físico	2	6,7
2.1.67 Focar na compensação	3	10,0
2.1.68 Aprendizagem	9	30,0
2.1.69 Objetivos sem prazo	1	3,3
2.1.70 Dieta gerida pelo próprio	5	16,7
2.1.72 Dificuldade em comprar roupa	6	20,0
2.1.85 Dia de comer livremente	3	10,0
2.1.94 Massagens	1	3,3
2.1.95 Necessidade de estratégias complementares à cirurgia	1	3,3
2.1.97 Resolução de outros problemas de saúde	1	3,3
2.1.104 Nascimento de filho	1	3,3
2.1.108 Auto controlo	20	66,7
2.1.110 Manter hidratos de carbono	1	3,3
2.1.111 Beber agua para saciar	1	3,3
2.1.113 Distracção	1	3,3
2.1.115 Identificação dos “triggers”	2	6,7

Para a análise de correspondência múltipla das estratégias e fatores de início, apresentados na tabela 3, foram igualmente consideradas apenas as categorias presentes em mais de 10% dos participantes ($n > 3$). As subcategorias da categoria 2.1.3 *Reestruturação cognitiva* foram somadas e agregadas ao nível da categoria, porque as respectivas subcategorias ficavam aquém do valor de presença em 10% das entrevistas individualmente, mas agregadas já tinham um valor acima do limiar. A categoria 2.1.5 *Existência de suporte social informal* e a categoria 2.1.44.1 *Autonomia*, também refletem os valores das respectivas subcategorias somados, devido ao facto de apenas algumas destas estarem acima dos 10% de presença nas entrevistas. Para não perder informação eliminando subcategorias, considerou-se que seria mais premente adicionar e analisar o somatório das subcategorias. Categorias inespecíficas como 2.1.1.2 *Percepção de suporte social formal sem especificação* e 2.1.6.5 *Controle sem especificação* não foram consideradas por não se referirem a estratégias ou fatores claramente identificados, logo não acrescentando informação à ACM. O modelo mais adequado apresentou 4 fatores e os resultados encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3: Análise Fatorial a 4 Dimensões das Categorias dos Processos e Fatores do Início da PPBS

	Cumpri mento	Automonit orização	Autono mia	Autoim agem	Média
2.1.1 Iniciação do processo de perda de peso promovida por profissionais de saúde					
2.1.1.3 Existência de intervenção cirúrgica	,383	,071	,093	,033	,145
2.1.1.4 Encaminhamento	,036	,000	,373	,129	,135
2.1.1.6 Existência de um plano nutricional que possa ser consultado	,292	,030	,057	,089	,117
2.1.1.8 Acompanhamento médico	,442	,058	,005	,003	,127
2.1.1.9 Acompanhamento nutricional	,249	,049	,011	,113	,106
2.1.2 Percepção de consequências físicas/doença do peso excessivo que desencadearam o início da perda de peso	,100	,120	,092	,012	,081
2.1.3 Restruturação cognitiva	,012	,147	,102	,090	,088
2.1.5 Existência de suporte social informal	,015	,303	,096	,095	,127
2.1.6 Diminuição de ingestão de alimentos					,000
2.1.6.2 Fritos e gorduras	,110	,175	,004	,001	,073
2.1.6.4 Hidratos	,205	,149	,016	,012	,096
2.1.6.7 Quantidades	,361	,018	,020	,062	,115
2.1.6.11 Bolos/Doces/Açúcar	,006	,036	,047	,005	,024
2.1.7 Epifania	,117	,069	,044	,018	,062
2.1.8 Percepção de autoeficácia no início do processo de perda de peso	,234	,002	,064	,000	,075
2.1.9 Iniciar exercício físico	,270	,065	,216	,058	,152
2.1.12 Objetivo (s)					,000
2.1.12.1 Objetivo de mestria de atingimento	,439	,009	,118	,018	,146
2.1.16 Incapacidade para fazer tarefas diárias/mobilidade	,002	,108	,118	,250	,120
2.1.18 Identificação com/Crença na estratégia/solução	,050	,008	,104	,284	,112
2.1.23 Aumento Alimentar					,000
2.1.23.1 Água	,016	,029	,004	,003	,013
2.1.23.5 Vegetais/Frutas	,082	,413	,005	,053	,138
2.1.27 Comer várias vezes ao dia	,023	,019	,009	,269	,080
2.1.32 Motivação após resultado	,179	,044	,206	,031	,115
2.1.34 Alimentação muito variada	,217	,142	,044	,039	,111
2.1.36 Percepção de roupa mais folgada	,001	,279	,019	,017	,079
2.1.37 Valorização externa	,007	,013	,007	,000	,007
2.1.38 Autoestima	,002	,047	,269	,037	,089
2.1.39 Autoimagem corporal					,000
2.1.39.1 Avaliação positiva /Satisfação com o corpo	,028	,072	,021	,128	,062
2.1.39.2 Avaliação negativa do corpo /insatisfação com corpo	,147	,012	,001	,294	,114
2.1.40 Exceção Controlada	,309	,142	,035	,035	,130
2.1.41 Mudança de etapa	,066	,021	,118	,328	,133
2.1.44 Necessidade de autodeterminação					,000
2.1.44.1 Autonomia	,328	,211	,005	,082	,157
2.1.45 Motivação intrínseca para mudar	,091	,080	,279	,014	,116
2.1.48 Tolerância ao Distress					,000
2.1.48.1 Tolerância a uma situação desagradável sem especificação	,105	,055	,014	,026	,050
2.1.48.2 Tolerância à sensação de fome	,287	,078	,003	,001	,092
2.1.53 Adaptação fisiológica à redução alimentar	,220	,095	,184	,097	,149
2.1.56 Auto-monitorização	,467	,019	,113	,038	,159
2.1.68 Aprendizagem	,445	,047	,050	,083	,156
2.1.70 Dieta gerida pelo próprio	,120	,130	,136	,047	,108
2.1.72 Dificuldade em comprar roupa	,000	,332	,012	,127	,118
2.1.108 Auto controle	,041	,005	,443	,048	,134
Total ativo	6,264	3,701	3,555	3,070	4,147
% de variancia	15,660	9,254	8,887	7,674	10,369

Fase de Manutenção da PPBS

As categorias emergentes na dimensão Processos/Fatores de perda de peso bem-sucedida na fase de manutenção, e os respetivo número de entrevistas em que foram cotadas estão na Tabela 4.

Emergiram 90 categorias e subcategorias, para um total de 747 codificações de unidades de sentido. As categorias que surgiram em mais de 10% das entrevistas ($n > 3$) representam 77% do total das codificações. A dimensão psicológica que mais se destacou foi o autocontrolo com a categorias: *Autocontrolo 50%; Exceção controlada 33% e Automonitorização 23%*.

Tabela 4 Frequências das categorias emergentes resultantes da análise de conteúdo da precategoria de Processos/fatores de manutenção de perda de peso bem-sucedida

Categorias e subcategorias	Frequência	Porcentagem (Frequência/30)
2.2.1 Suporte social formal, i. e., prestado por profissionais de saúde		
2.2.1.2 Existência de um plano nutricional escrito que possa ser consultado	7	23,3
2.2.1.4 Suporte social formal, sem especificação e prolongado no tempo	1	3,3
2.2.1.6 Existência de intervenção cirúrgica sem outra especificação	1	3,3
2.2.1.7 Acompanhamento de nutricionista	11	36,7
2.2.1.8 Acompanhamento psicológico	1	3,3
2.2.1.9 Acompanhamento psiquiátrico	2	6,7
2.2.1.10 Acompanhamento médico	6	20,0
2.2.1.11 Medicação para regular humor	1	3,3
2.2.1.12 Medicação para reduzir o peso	1	3,3
2.2.2 Adaptação à idade	2	6,7
2.2.4 Internalização de estratégias	14	46,7
2.2.5 Diminuição de ingestão de alimentos		
2.2.5.1 Doces	8	26,7
2.2.5.2 Comida sem especificação	5	16,7
2.2.5.3 Refrigerantes	1	3,3
2.2.5.5 Massa/Pão/Hidratos	4	13,3
2.2.5.7 Gordura	2	6,7
2.2.5.8 Carne	2	6,7
2.2.5.9 Jantar	7	23,3
2.2.5.10 Hidratos à noite	2	6,7
2.2.5.11 Água à noite	1	3,3
2.2.5.12 Alcool	1	3,3
2.2.5.13 Cefalópodes	1	3,3
2.2.5.14 Fruta	2	6,7
2.2.6 Existência de suporte social informal		
2.2.6.2 Não permitir que a pessoa cometa excessos/erros na alimentação ou facilitar uma boa alimentação	1	3,3
2.2.6.4 Apoio do(a) cônjuge sem especificação	3	10,0
2.2.6.7 Apoio da família sem especificação	7	23,3
2.2.6.8 Amigos	4	13,3
2.2.7 Valorização externa	8	26,7
2.2.8 Exceção Controlada	10	33,3
2.2.6.9 Encaminhamento ou recomendação por parte de amigos/familiares para se dirigir a uma instituição/consulta/serviço	1	3,3
2.2.12 Percepção de autoeficácia na continuação da diminuição/manutenção da perda de peso	8	26,7
2.2.13 Contentamento com o sucesso na perda de peso	7	23,3
2.2.14 Objetivo		0,0
2.2.14.1 Objetivo de Mestría de Atingimento	7	23,3
2.2.14.2 Objetivo de mestría de evitamento		
2.2.14.2.1 Rejeição da hipótese de reexperimentar ter um peso excessivo	13	43,3
2.2.14.2.2 Esforço para não perder	2	6,7
2.2.14.2.3 Proximidade de um limite indesejável	2	6,7
2.2.15 Fazer refeições em casa	2	6,7
2.2.16 Exercício físico esporádico	3	10,0
2.2.18 Percepção de controle	3	10,0
2.2.19 Restrição alimentar devida à intervenção cirúrgica	4	13,3
2.2.20 Exercício físico regular	13	43,3
2.2.21 Sentir-se melhor	3	10,0
2.2.22 Conhecimento/informação	5	16,7
2.2.23 Porção escolhida num recipiente pequeno	2	6,7
2.2.24 Adaptação fisiológica à redução alimentar	6	20,0
2.2.25 Necessidade de autodeterminação		
2.2.25.1 Autonomia		
2.2.25.1.1 Flexibilidade e adaptação do comportamento alimentar	8	26,7
2.2.25.1.2 Valorização da possibilidade de poder escolher	1	3,3
2.2.25.1.3 Afirmação do Eu	4	13,3

Tabela 4 Frequências das categorias emergentes resultantes da análise de conteúdo da precategoria de Processos/fatores de manutenção de perda de peso bem-sucedida

Categorias e subcategorias	Frequência	Porcentagem (Frequência/30)
2.2.26 Motivação Intrínseca	8	26,7
2.2.27 Autoestima	6	20,0
2.2.28 Autoimagem corporal		
2.2.28.1 Satisfação com/avaliação positiva do corpo	10	33,3
2.2.28.2 Investimento/Importância do corpo	2	6,7
2.2.29 Resolução de outros problemas de saúde	1	3,3
2.2.30 Dia de comer livremente	3	10,0
2.2.31 Adaptação da dieta à manutenção	6	20,0
2.2.32 Auto monitorização	7	23,3
2.2.33 Estilo de roupa jovem	1	3,3
2.2.34 Aumento Alimentar		
2.2.34.1 Frutas e Vegetais	4	13,3
2.2.34.2 Iogurtes Magros	1	3,3
2.2.34.4 Vinagre Balsâmico	1	3,3
2.2.34.6 Água	7	23,3
2.2.34.5 Fibras	1	3,3
2.2.34.7 Sopa	1	3,3
2.2.34.8 Sumo sem gás	1	3,3
2.2.34.9 Peixe grelhado	1	3,3
2.2.34.10 Bolachas para reduzir fome	1	3,3
2.2.35 Autocontrolo	15	50,0
2.2.36 Ter rotinas	1	3,3
2.2.38 Ultrapassar objetivo	1	3,3
2.2.42 Evitar ter comida calórica em casa	3	10,0
2.2.44 Recordar o excesso de peso	2	6,7
2.2.45 Mudar o Palato	3	10,0
2.2.47 Encarar como sendo para toda a vida	5	16,7
2.2.48 Tolerância ao distress		
2.2.48.1 Tolerância a uma situação desagradável sem especificação	4	13,3
2.2.48.2 Tolerância à sensação de fome	4	13,3
2.2.51 Adaptação geral da vida	2	6,7
2.2.52 Desejo de fazer cirurgia	1	3,3
2.2.54 Opções com menos prazer	2	6,7
2.2.55 Problemas de saúde	1	3,3
2.2.57 Manter Hidratos	1	3,3
2.2.58 Consequências positivas	1	3,3
2.2.59 Preocupações com saúde no futuro	2	6,7
2.2.60 Recordar o Esforço	1	3,3
2.2.61 Insight sobre dificuldades para manter o peso	1	3,3
2.2.63 Fazer mais refeições	1	3,3
2.2.64 Manter ativo	1	3,3
2.2.65 Alimentação saudável	1	3,3
2.2.66 Intervalo entre refeições	1	3,3
2.2.68 Evitar determinados contextos	1	3,3
2.2.69 Responsabilidades familiares	1	3,3

Os resultados da análise de correspondência múltipla da pré-categoria Processos/fatores de manutenção de perda de peso bem-sucedida encontram-se na Tabela 5.

Para esta análise apenas foram consideradas as categorias e subcategorias representadas em mais de 10% das entrevistas ($n > 3$). Decorrente da decisão de se utilizar categorias expressas

por, no mínimo, 10% da amostra, várias subcategorias (referidas por menos de 3 participantes) foram assimiladas pela categoria-mãe (ou de ordem superior), nomeadamente as categorias: 2.2.6 *Existência de suporte social informal*, 2.2.14.2 *Objetivo de mestria de evitamento e 2.2.25.1 Autonomia*.. A subcategoria 2.2.5.2 *Comida sem especificação*, pertencente à categoria 2.2.5 *Diminuição de ingestão de alimentos*, não foi considerada por ser inespecífica. O modelo mais adequado é composto por 4 fatores e está representado na tabela 5.

Tabela 5 Análise Fatorial a 4 Dimensões das Categorias dos Processos e Fatores do manutenção da PPBS

	Habitua ção	Motiva ção	Estabiliza ção	Esforço	Média
2.2.1 Suporte social formal, i. e., prestado por profissionais de saúde					
2.2.1.2 Existência de um plano nutricional escrito que possa ser consultado	,260	,198	,027	,299	,196
2.2.1.7 Acompanhamento de nutricionista	,379	,133	,032	,130	,169
2.2.1.10 Acompanhamento médico	,015	,048	,309	,009	,095
2.2.4 Internalização de estratégias	,349	,019	,003	,046	,104
2.2.5 Diminuição de ingestão de alimentos					
2.2.5.1 Doces	,024	,013	,189	,060	,072
2.2.5.15 Jantar	,597	,088	,001	,001	,172
2.2.6 Existência de suporte social informal	,147	,046	,171	,001	,091
2.2.7 Valorização externa	,074	,033	,059	,278	,111
2.2.8 Exceção Controlada	,292	,030	,022	,177	,130
2.2.12 Perceção de autoeficácia na continuação da diminuição/manutenção da perda de peso	,370	,016	,022	,012	,105
2.2.13 Contentamento com o sucesso na perda de peso	,121	,032	,165	,002	,080
2.2.14 Objetivo					
2.2.14.1 Objetivo de Mestria de Atingimento	,001	,046	,113	,219	,095
2.2.14.2 Objetivo de mestria de evitamento	,047	,104	,156	,077	,096
2.2.16 Exercício físico esporádico					
2.2.18 Perceção de controlo					
2.2.19 Restrição alimentar devida à intervenção cirúrgica	,016	,155	,018	,157	,087
2.2.20 Exercício físico regular	,011	,240	,115	,132	,125
2.2.21 Sentir-se melhor					
2.2.22 Conhecimento/infôrmação	,383	,134	,059	,054	,158
2.2.24 Adaptação fisiológica à redução alimentar	,135	,158	,318	,008	,155
2.2.25 Necessidade de autodeterminação					
2.2.25.1 Autonomia	,208	,017	,219	,015	,115
2.2.26 Motivação Intrínseca	,090	,002	,076	,211	,095
2.2.27 Autoestima	,013	,232	,053	,003	,075
2.2.28 Autoimagem corporal					
2.2.28.1 Satisfação com/avaliação positiva do corpo	,076	,096	,126	,047	,086
2.2.30 Dia de comer livremente					
2.2.31 Adaptação da dieta à manutenção	,052	,166	,170	,227	,154
2.2.32 Auto monitorização	,104	,556	,016	,026	,176
2.2.34 Aumento Alimentar					
2.2.34.6 Agua	,336	,119	,028	,040	,131
2.2.35 Autocontrolo	,112	,036	,052	,114	,079
2.2.47 Encarar como sendo para toda a vida	,235	,002	,131	,077	,111
2.2.48 Tolerância ao distress					
2.2.48.1 Tolerancia a uma situação desagradável sem especificação	,096	,108	,040	,023	,067
2.2.48.2 Tolerância à sensação de fome	,154	,042	,007	,052	,064
Total ativo	4,463	2,869	2,699	2,495	3,131
% de variância	15,938	10,246	9,640	8,910	11,184

Discussão

Os resultados, nomeadamente a análise de frequências, desta amostra estão em linha com alguns aspetos referidos na literatura. A grande heterogeneidade de estratégias e fatores influenciadores fica patente nas 215 categorias emergentes da análise das entrevistas, evidenciando a heterogeneidade de comportamentos na perda de peso (Friedman & Bronell, 2002) e a dificuldade em identificar as variáveis mais eficazes (Friedman & Bronell, 2002).

Ao mesmo tempo, as diferenças patentes entre os resultados da fase de início e da manutenção corroboram a noção que são duas fases distintas, com variáveis diferentes, embora complementares (Sciamanna et al., 2011).

Na fase inicial, o suporte social formal é a variável mais frequentemente referida, com as categorias *Acompanhamento nutricional* (70%) a ser a mais referida, *Acompanhamento médico* (63%) a quarta mais frequente e *Existência de um plano nutricional que possa ser consultado* (53%) a sétima mais frequente, indicando a importância da relação com os técnicos de saúde. Esta relação pode proporcionar apoio emocional, informativo e de avaliação do próprio, tudo características do suporte social (Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997). Como consequentes a literatura indica o aumento da noção de competência pessoal, comportamentos de coping, perceção de controlo, reconhecimento de valor próprio (Langford et al., 1997) e autoeficácia e autorregulação (Anderson, Winett, & Wojcik, 2007). No estudo de Hindle e Carpenter (2011), o suporte social foi também identificado como uma das variáveis relevantes.

A motivação é outra das dimensões psicológicas em destaque no início do processo de perda de peso. As categorias de *perceção de consequências físicas/doença do peso excessivo* (60%) que desencadearam a redução de peso ou a *epifania* (43%) remetem para fatores valorizadores do objetivo de redução do peso, na medida em que, quanto maior for o valor percebido do resultado do comportamento maior a probabilidade deste vir a acontecer (Bandura, 1986). As categorias *motivação após resultado* (63%) ou *perceção de autoeficácia no início do processo de perda de peso* (40%), têm impacto no aumento de motivação. Este é mediado pelo aumento da perceção de autoeficácia (Bandura, 1986). A categoria *motivação intrínseca para mudar* (67%) é mais genérica e engloba afirmações relativamente à vontade de mudança. O facto de ser a segunda mais prevalente é sintomático da importância atribuída pelos entrevistados a esta variável.

O conceito de autocontrolo, que emergiu através da categoria com o mesmo nome, foi referido em 67% das entrevistas na fase inicial. No entanto, a sua presença é transversal, manifestando-se noutras categorias como as de mudança de comportamento alimentar, a *exceção controlada* (30%) ou o *exercício físico* (37%). Em estudos anteriores também foi referida a importância desta variável (Friedman & Bronell, 2002; Reyes et al., 2012; Chambers & Swanson, 2012). O processo de autocontrolo assume um papel central na TSC monitorizando o comportamento, avaliando o desempenho por comparação com referenciais e corrigindo quando necessário (Bandura, 1986). Enquanto Muraven e Baumeister (2000), consideram que a capacidade para autocontrolo é alimentada por uma energia que é um recurso limitado e independente da motivação, Deci e Ryan (2008) afirmam que são ambas a mesma coisa. Assim, nesta tese, considerou-se que a motivação alimenta a capacidade de autocontrolo.

No caso dos resultados em análise, por um lado, encontra-se o suporte social formal, através da função informativa e avaliativa a fornecer um padrão de conduta pelo qual as pessoas devem/podem regular o comportamento. Por outro, as variáveis motivacionais fornecem a energia necessária para efetuar o comportamento que leve ao resultado desejado. Ao mesmo tempo, a natureza da relação com os técnicos de saúde pode estar a retirar alguma pressão da função de autocontrolo, assumindo uma parte da definição de padrões de comportamento e da monitorização do desempenho, evidenciando mais o papel do suporte social formal, em detrimento do autocontrolo. Isto é evidenciado pelo facto da dimensão de suporte social formal ter uma posição, comparativamente com as outras dimensões, de maior relevo na fase inicial do que na manutenção. Por outro lado, o autocontrolo, ainda que sendo importante em ambas as fases, assume um papel de maior destaque na manutenção, sendo a dimensão mais frequente.

Na fase de manutenção o autocontrolo é a categoria mais referida, emergindo outras variáveis, como a formação de hábitos, *Internalização de estratégias* (47%), a segunda categoria mais frequente, os objetivos de evitamento, *Rejeição da hipótese de reexperimentar ter um peso excessivo* (43%) ou a autoimagem corporal *Satisfação com/avaliação positiva do corpo* (33%). O exercício físico ganhou relevo, passando de décima terceira categoria mais referida na fase inicial, para a terceira na manutenção, enquanto o suporte social formal e a motivação perderam importância relativa. Enquanto na fase inicial a categoria *Acompanhamento nutricional* (70%) foi a mais referida, na manutenção a categoria equivalente *Acompanhamento de nutricionista* (37%) foi apenas a quinta mais mencionada. Na fase inicial

a categoria *Motivação Intrínseca para mudar* (67%) foi a segunda mais mencionada e a categoria *Motivação após resultado* (63%) foi a quinta, enquanto na manutenção, apenas em nono lugar se encontra a categoria *Percepção de autoeficácia na continuação da diminuição/manutenção da perda de peso* (27%) ou em décimo primeiro lugar a categoria *Motivação intrínseca* (27%).

A formação de hábitos permite a redução do controlo comportamental (Lally et al., 2008) logo reduzindo o dispêndio de energia necessário para o exercício do autocontrolo. A sua aplicação à redução de peso já foi testada com sucesso no estudo de Lally et al. (2008).

Os objetivos de evitamento, caracterizam-se por definirem como padrão a manutenção de um estado atual, percebido como desejável, por oposição a outro estado, percebido como indesejado (Elliot & McGregor, 2001). É relevante que na fase de início este conteúdo não tenha emergido, mas antes o de objetivo de atingimento, que significa exatamente o oposto, i.e. a busca de um estado considerado desejável. Enquanto a categoria *Objetivo de mestria de atingimento* foi referida em 23% das entrevistas em ambas as fases, a categoria *Objetivo de mestria de evitamento* com a subcategoria *Rejeição da hipótese de reexperimentar ter um peso excessivo* (43%) foi a quarta mais mencionada na manutenção. Isto mostra que os participantes consideram que já chegaram a uma situação desejável da qual não pretendem abrir mão.

A autoimagem corporal surge através das categorias de auto imagem corporal positiva e valorização externa. Consiste nas percepções do próprio acerca da sua imagem corporal principalmente mas não só (Cash, 2004) e, tal como os hábitos e os objetivos de evitamento, também emerge nesta fase. A categoria *Avaliação positiva /Satisfação com o corpo* é apenas referida em 13% das entrevistas no início, mas na manutenção este valor ascende a 33% e é a sétima categoria mais referida. A categoria *Valorização externa* tem um percurso semelhante evoluindo dos 17% no início para 33% na manutenção, sendo a sétima mais referida nesta fase. A categoria *Avaliação negativa do corpo /insatisfação com corpo* faz o movimento inverso passando de uma frequência de 37% na fase inicial para inexistente na manutenção.

Esta combinação de fatores e estratégias indica o atingimento de um nível de ganhos valorizados, que as pessoas desejam manter. Ao mesmo tempo, a redução da importância do suporte social formal sugere que não há tanta necessidade de um controlo externo para definir os padrões de comportamento e que estes estão mais internalizados. Assim, se por um lado, como refere Lally et al. (2008) a interiorização, ou formação de hábitos, reduz a energia

necessária para controlar os comportamentos, por outro a pessoa passa a ter de se regular de forma mais autónoma. O exercício físico aumentou a sua importância, sendo que muitas vezes só depois de alguma redução de peso é possível iniciar a sua prática. No entanto, pode ter um papel de aumento da capacidade de autocontrolo, aumentando a energia disponível para a sua efetivação (Muraven, 2010; Oaten & Cheng, 2006).

Os dois modelos decorrentes da Análise de Correspondência Múltipla evidenciou o processo de início e o processo de manutenção a serem caracterizados por 4 fatores .

O primeiro fator do início, *Cumprimento*, caracterizou-se por um agregar quase todas as subcategorias do suporte social formal, destacando uma associação esperada entre as estratégias de apoio e de informação proporcionados pela variável suporte social (Langford et al., 1997). Ao mesmo tempo a aprendizagem resultante pode contribuir para o aumento da percepção de autoeficácia e conseqüentemente a motivação (Bandura, 1986). A variável autonomia remete para uma necessidade de exercício da própria vontade, provavelmente como resposta à exigência colocada pela regulação externa dos técnicos de saúde, satisfazendo, assim, uma das necessidades psicológicas referidas na Teoria da Autodeterminação (TAD) por Deci e Ryan (1985). Os objetivos de atingimento e a epifania são outras variáveis contribuintes para a motivação (Bandura, 1986). Como consequência observam-se neste primeiro fator categorias de mudança de comportamentos alimentares, *tolerância ao distress*, cuja ausência muitas vezes está associada a dificuldades em regular o comportamento alimentar (Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Walker & Meyer, 2007), e a *exceção controlada*, que consiste na capacidade para regular o comportamento enquanto se satisfaz um desejo alimentar, apesar de infringir a regra.

O segundo fator, *Auto monitorização*, é composto por 9 categorias e dá um grande ênfase aos processos de auto monitorização. As categorias *Dificuldade em comprar roupa* e *Percepção de conseqüências físicas ou doença provocadas pelo peso excessivo* funcionam como motivadores para o processo de mudança. Em ambos os casos pode ter havido participação do processo de auto monitorização, sendo conhecido que a hétéro e a auto monitorização são causadores de distress em pessoas obesas (Coradt, 2008). O suporte social informal é outro elemento contribuinte para o sucesso, nomeadamente, através da sua função de apoio emocional (Langford et al., 1997). As estratégias específicas aplicadas foram a *reestruturação cognitiva* e a mudança de comportamentos alimentares. A redução de peso terá contribuído para a *percepção de roupa mais folgada* e permitiu o surgimento da *valorização externa*.

Assim, pode-se sugerir que os indicadores de satisfação com os resultados estejam associados a uma percepção de autoeficácia, logo aumentando hipoteticamente a motivação (Bandura, 1986). Por outro lado fica implícita a importância da imagem corporal pelos comportamentos avaliativos através da auto monitorização, que está presente, quer nas avaliações negativas, quer nas positivas.

O terceiro fator da fase de início da perda de peso foi denominado *Autonomia* e é composto por 8 categorias. A designação usada ficou a dever-se ao facto de agregar categorias como a *dieta gerida elo próprio, autorregulação, motivação* ou *exercício físico*, apontando para uma capacidade de gerir o seu comportamento de forma autónoma e auto motivada. Apesar disso existe uma categoria de *suporte social formal, encaminhamento*, mas não acrescenta muita informação em termos da eventual relação com os técnicos de saúde. A autonomia, segundo a SDT é um fator motivador (Deci & Ryan, 1985). O resultado é a alteração de comportamentos alimentares e o exercício físico.

O quarto e ultimo fator do início é denominado *Autoimagem* e tem seis categorias. A *incapacidade para fazer tarefas diárias/mobilidade e mudança de etapa* afetam o nível de motivação, por expressarem aspetos da vida da pessoa que valoriza e pretende ver alterados com a redução do peso. A *Identificação com a estratégia* atua ao nível da percepção de autoeficácia, refletindo-se talvez posteriormente, na motivação (Bandura, 1986). A avaliação do corpo destaca-se por estar presente nas duas valências, a positiva e a negativa, salientando a importância da autoimagem para este grupo. Assim sugere-se que a avaliação negativa impacta a motivação para mudar o comportamento, enquanto a positiva reflete a trajetória de redução do peso, associando-se à motivação (possivelmente numa trajetória de aumento). Esta presença de ambas avaliações da autoimagem corporal levou à nomeação do fator. Ao nível das estratégias com impacto direto na redução do peso, é apenas referida a alteração de hábitos alimentares.

Na manutenção, o primeiro fator *Habituação* tem 9 categorias associadas. Neste destaca-se o surgimento das categorias *Internalização de estratégias e encarar a mudança como sendo para toda a vida*, sugerindo a importância do processo da formação de hábitos na manutenção. Este processo de internalização sugere, à luz da TAD, que a regulação dos comportamentos evoluiu no sentido de uma regulação mais integrada, logo aumentando as probabilidades de manter-se ao longo do tempo (Deci & Ryan, 2004). As categorias de *suporte social formal e aprendizagem* apontam no sentido de ser relevante o apoio durante a

manutenção. A autoeficácia poderá ser uma consequência dos resultados já alcançados. Resultaram a mudança de comportamentos alimentares, a *tolerância ao distress* e a *exceção controlada* como fatores de manutenção do peso reduzido.

O segundo fator na manutenção, *Motivação*, caracteriza-se por 4 categorias. O *Exercício físico* surge como a estratégia de manutenção do peso perdido e, ao mesmo tempo, um fator de reforço da capacidade reguladora (Muraven, 2010; Oaten & Cheng, 2006). A *auto monitorização* é outra dimensão psicológica referida na literatura por Hindle e Carpenter (2011) como sendo relevante, tal como a atividade física e que aparece neste fator. A *Autoestima* é outra categoria presente e segundo Deci e Ryan (1985) está associada a uma maior orientação para a autonomia o que aponta no sentido de um funcionamento intrinsecamente motivado. A última categoria neste fator é *Tolerância ao distress* com a subcategoria *Tolerância a uma situação desagradável sem especificação*.

No terceiro fator, *Estabilização*, agruparam-se 8 categorias. As duas dimensões psicológicas do suporte social, a formal e a informal estão presentes, sugerindo a importância que o apoio continua a ter mesmo nesta fase. Ao mesmo tempo surge a categoria de *Autonomia*, podendo indicar uma necessidade de afirmar a própria vontade, ou simplesmente, por haver mais espaço para escolha própria devido à redução das exigências de controlo. É significativo o *objetivo de evitamento*, apontando para o distanciamento de um determinado peso (excessivo) passado que a pessoa não deseja voltar a experimentar (reforçando a manutenção do novo peso mais baixo). Esta possibilidade é reforçada pela presença das categorias *de contentamento com o sucesso na perda de peso e avaliação positiva do corpo*. Como estratégias cognitivo-comportamentais de manutenção, são referidas uma alteração de comportamento alimentar e a *Adaptação fisiológica à redução alimentar* (que inclui uma dimensão cognitiva, para além de uma componente fisiológica), que poderá promover uma maior facilidade na regulação da ingestão de alimentos.

O quarto e último fator da manutenção, *Esforço* engloba as categorias de *Suporte social formal*, *Existência de plano nutricional*, *Motivação e Autocontrolo*, tal como *Objetivo de atingimento*. Numa primeira análise, com esta combinação de categorias, parece um fator da fase de início, onde é mais marcado o esforço de regulação do comportamento. Sugere-se que este fator possa refletir um conjunto de aspetos que represente uma realidade específica: concomitante ao atingimento de resultados desejados (perda de peso) poderá observar-se um desejo de reduzir ainda mais o peso. A *Adaptação à manutenção* e *Valorização externa*

sugerem a presença numa fase de estabilização. No entanto, a categoria restrição alimentar devido a cirurgia introduz um aspeto que altera consideravelmente o fator. Um dos problemas da redução de peso é o facto do comportamento alimentar produzir uma recompensa imediata e as suas consequências apenas se refletirem muito mais tarde (Bandura, 1986). Um dos efeitos da cirurgia é o de tornar imediatas as consequências negativas da ingestão em excesso de comida, como o vómito ou a indisposição por exceder a capacidade do estômago. Desta forma o esforço de regulação é totalmente diferente, embora continue a ser necessário. Talvez por isso, esta fator evidencie uma composição diferente das restantes, mais próxima da que se viu na fase de início e a única estratégia presente seja mesmo a cirurgia.

Em conclusão, a estratégia de modificação de hábitos alimentares é transversal a quase todos os participantes do estudo, com 29 dos 30 a referirem estratégias desta natureza, embora com abordagens diferentes, desde a redução de alguns alimentos, ao aumento de outros ou a mudança na organização das refeições. O exercício não é tão referido, mas aumenta a sua importância na manutenção.

O que realmente distingue as diferentes estratégias são os fatores psicológicos que permitem ter os comportamentos necessários para reduzir e manter o peso.

Apesar da grande heterogeneidade de estratégias e de combinações dentro dos vários fatores, em todos eles, desde o início até à manutenção, existe uma mistura de categorias que exigem o dispêndio de energia de autocontrolo e estratégias ou fatores que permitem a redução desse esforço ou mesmo a reposição da energia através do aumento da motivação.

Como limitação destaca-se o facto de a amostra ter uma grande incidência de clientes de um nutricionista, com o qual os participantes referem repetidamente estabelecer uma relação pessoal de afeto. Esse fator pode ter enviesado a importância (expressa na frequência desta categoria) do suporte social formal nesta amostra.

O facto de existirem na amostra pessoas que fizeram cirurgia ao mesmo tempo de pessoas que recorreram apenas ao controlo de comportamento, introduz um fator que pode distorcer os resultados, na medida em que a relação com e implementação do autocontrolo (de cognições, emoções e, em última instância, do comportamento) é muito diferente.

Esta amostra conta com pessoas que ainda não terminaram o processo de redução de peso, ao mesmo tempo que inclui outras que já estabilizaram há algum tempo e outras ainda que já

recuperaram uma parte considerável do peso perdido (não anulando contudo a perda de 7% do peso inicial), embora estejam dentro dos critérios de inclusão referidos inicialmente. esta heterogeneidade de patamar de mudança pode ter contribuído para o elevado número de fatores e processos a serem gerados (especialmente na fase de manutenção) e tornado difícil a sistematização de um padrão mais homogêneo.

No curso da análise de correspondência múltipla, e no contexto de cada fator identificado, obtiveram-se alguns pesos baixos para algumas categorias, o que pode evidenciar uma associação fraca ao fator no qual a categoria foi posicionada. O facto de se utilizar uma amostra de conveniência deverá ser igualmente destacado como uma limitação.

Seria pertinente no futuro fazer uma análise distinguindo os dois sexos, para verificar se existem diferenças significativas, algo que neste estudo não foi possível dado haver apenas 15 participantes de cada sexo.

Assim, conclui-se que este estudo se assume como uma contribuição para a clarificação dos processos e fatores associados à diminuição de peso e manutenção de um novo peso mais baixo, utilizando uma amostra que represente os dois sexos e recorrendo a uma amostra com uma dimensão considerável, tendo em conta a natureza qualitativa do estudo. *Supporte social formal* e *Autocontrolo* apresentam-se como os fatores mais expressivos para esta amostra e os dois modelos sugeridos (um para o processo de início e outro para o de manutenção) reforçam a literatura existente, lançando contudo hipóteses a serem testadas em estudos futuros.

Referências

- Anderson, E. S., Winett, R. A., & Wojcik, J. R. (2007). Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: Social cognitive theory and nutrition behavior. *Annals of Behavioral Medicine, 34*(3), 304-312.
- Bandura, A., (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bardin, L., (2011). *Análise de conteúdo* (5º ed.). Lisboa: Edições 70.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D., M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, California: Academic Press.
- Calheiros, M. M., & Paulino, A. P. (2007). Construção e determinação das qualidades psicométricas do questionário de suporte social institucional na saúde (QSSIS). *Laboratório de psicologia, 5*(1), 17-32.
- Campbell, P., Wynne-Jones, G., & Dunn, K.M. (2011). The influence of informal social support on risk and prognosis in spinal pain: A systematic review. *European Journal of Pain, 15*, 444.e1 – 444.e14. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.09.011
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present and future. *Body Image, 1*, 1-5. doi: 10.1061/S1740-1445(03)00011-1
- Chambers, J., & Swanson, V. (2012). Stories of weight management: Factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. *British Journal of Health Psychology, 17*, 223–243.
- Conradt, M., Dierk, J., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J., & Rief, W. (2008). Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt and weight loss. *Journal of Clinical Psychology, 64* (10), 1129-1144.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors, 8*, 91 – 97.
- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry & research design* (3ª ed.). London: Sage
- Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum Press.

- Deci, E., & Ryan, R. (2014). Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. In Ryan, R. (Ed.) *The oxford handbook of human motivation* (pp. 85-107) Oxford: Oxford University Press.
- Dovey, T. M. (2010). *Eating Behaviour*. Berkshire: Open University Press
- Elliot, A. J., & McGregor, H. A. (2001). A 2X2 achievement goal framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(3), 501-519. doi: 10.1037//0022-3514.80.3.501
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002). Psychological consequences of obesity. In Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.), *Eating disorders and obesity* (2^o ed.) (pp. 393-398). New York: The Guilford Press.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (2013). The self-regulation of eating. In Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (Eds.), *Handbook of self-regulation* (2^o ed.) (pp. 522–536). New York: The Guilford Press.
- Hindle, L. & Carpenter, C., (2011). An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24, 342–350.
- Lally, P., Chipperfield, A., & Wardle, J. (2008). Healthy habits: Efficacy of simple advice on weight control based on a habit-formation model. *International Journal of Obesity*, 32, 700-707. doi: 10.1038/sj.ijo.0803771
- Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1-11. doi: 10.1016/j.appet.2007.07.002
- Muraven, M. (2010). Building self-control strength: Practicing self-control leads to improved self-control performance. *J Exp Soc Psychol.*, 46(2), 465-468. doi: 10.1016/j.jesp.2009.12.011
- Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126(2), 247-259. doi: 10.1037//0033-2909.126.2.247
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thogersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applies to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340.

- Oaten, M. & Cheng, K. (2006). Longitudinal gains in self-regulation from regular physical exercise. *British Journal of Health Psychology*, *11*, 717-733. doi: 10.1348/135910706X96481
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saude* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior* (2ª ed.). Chichester West Sussex UK: Willey-Blackwell
- Orbell, S., & Verplanken, B. (2010). The automatic component of habit in health behavior: Habit as cue-contingent automaticity. *Health Psychology*, *29*(4), 374-383.
- Ornelas, J., (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 333 – 339
- Perry, M. G. (2002). Improving maintenance in behavioral treatment. In Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.), *Eating disorders and obesity* (2º ed.) (pp. 593-598). New York: The Guilford Press.
- Reyes, N., Oliver, T., Klotz, A., LaGrotte, C., Veur, S., Virus, A., ... Foster, G. (2012). Similarities and differences between weight loss maintainers and regainers: A qualitative analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *112*, 499-505.
- Ryan, M.R., Deci, E. L. (2008). From ego depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and Personality Compass*, *2/2*, 702 – 717. doi: 10.1111/j.1751-9004.2008.0098.x
- Santos, O., Guy, S., Carmo, I., Anelli, M., Kupers, P., Martin, E. (2010). In search of weight loss – A four- country survey on what people were doing for losing weight at the turn of the century. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, *1*, 21–31.
- Sciamanna, C., Kiernan, Rolls, B., Boan, J., Stuckey, H., Kephart, D., ... Dellasega, C. (2011). Practices associated with weight loss versus weight-loss maintenance: Results of a national survey. *American Journal of Preventive Medicine*., *41*, 159–166
- Seidell, J. C., & Tijhuis, M. R. (2002). Psychological consequences of obesity. In Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.), *Eating disorders and obesity* (2º ed.) (pp. 388-392). New York: The Guilford Press.
- Stubbs, J., Whybrow, S., Teixeira, P., Blundell, J., Lawton, C., Westenhoefer, J., ... Raats, M. (2011). Problems in identifying predictors and correlates of weight loss and

- maintenance: Implications for weight control therapies based on behaviour change. *Obesity Reviews*, 12, 688–708
- Van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating and overweight in a representative Dutch sample: does external eating play a role?. *Appetite*, 52, 380-387. doi: 10.1016/j.appet.2008.11.010.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249-268. doi: 10.1037/0033-2909.132.2.249
- Wing, R.R. & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 222S–225S
- Wing, R. R., & Klem, M. (2002). Characteristics of successful weight maintainers. In Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.), *Eating disorders and obesity* (2^o ed.) (pp. 588-592). New York: The Guilford Press.
- World Health Organization (2015): *Obesity and overweight*. Acedido a 23 de Novembro de 2015 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/#>
- Wood, W., & Neal, D. T. (2007). A new look at habits and the habit-goal interface. *Psychological Review*, 114(4), 843-863. doi: 10.1037/0033-295X.114.4.843
- Yoong, S. L., Carey, M. L., Sanson-Fisher, R. W., & D'Este, C. (2012). A cross-sectional study assessing the self-reported weight loss strategies used by adult Australian general practice patients. *BMC Family Practice*. doi:10.1186/1471-2296-13-48

Anexos

Anexo I – Árvore de codificação

DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS

2 Processos/Fatores de perda de peso bem-sucedida (2 – P/FPPBS): processos e fatores de perda de peso bem-sucedida

2.1 Processos/Fatores de início de perda de peso bem-sucedida (2.1.-P/FPPBS_Inic): processos e fatores de início de PPBS

2.1.1 Iniciação do processo de perda de peso promovida por profissionais de saúde (2.1.1.-P/FPPBS_Inic_SupSocFormal): início do processo de perda de peso devido à indicação/influência/encaminhamento de profissionais de saúde.

2.1.1.1 Acompanhamento psicológico (2.1.1.1. - P/FPPBS_Inic_SupSocFormal_AcPsic): início do processo de emagrecimento facilitado pelo acompanhamento de um psicólogo/psicoterapeuta (por ex., “posso dizer que a Dra. Paula me ajudou bastante”; “o falar com ela”; “ajudou a por as ideias um bocadinho no sítio”; “o acompanhamento de falar”; “já neste momento, há 4 anos seguidos que estou com acompanhamento psicológico no Hospital de Santa Maria...”; “foi através de muita conversa com, com a psicóloga principalmente.”; “a nível psicológico e tudo. Isso principalmente com a Doutora Maria João Brito, foi uma pessoa, uma pessoa muito importante.”; “Porque eu consigo gostar. Eu estou lá, às vezes chego a estar lá, chego a estar 1 hora com ela ou mais. Às vezes não estou mais porque ela tem outras pessoas...”; ”olha, passou por um processo psicoterapêutico.”; ” Eu fiz uma análise, não é? E eu achava que estava tudo resolvido. Estava absolutamente descansada face às crenças.”M4)

2.1.1.2 Perceção de suporte social formal sem especificação (2.1.1.2. - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_SemEsp): perceção geral, sem detalhar uma estratégia específica, de suporte/apoio por parte dos serviços de saúde como facilitadora da PPBS. (Se especificar que a ajuda foi o encaminhamento para um determinado sítio então cotar

como 2.1.1.4.; se verbalizar a existência de um acompanhamento psicológico/psicoterapêutico, então 2.1.1.1). (por ex., “eu fui mentalizada para isso”; “sermos seguidas pelos médicos que temos à nossa volta”; “este grupo todo nos mentaliza e nos faz ver os erros que a gente fez”; “a equipa que apanhei aqui (...) ajudou muito neste processo”; “foi isso que me fez abrir portas para eu conseguir lutar, saber que tinha um acompanhamento”; “E agora isto está a ser sucesso, pronto, porque também... eu já percebi que tinha que ter acompanhamento, não só eu ter que perceber que tinha que mudar os meus hábitos alimentares”; “Quando entrei no Egas Moniz, em Agosto para fazer o... dieta, pesava 170. Pronto.”; “Bem, primeiro tenho que agradecer às pessoas do, todo este serviço.”).

2.1.1.3 Existência de intervenção cirúrgica **(2.1.1.3.-**

P/FPBS_Inic_SupSocialFormal_Cirurg): existência de uma intervenção cirúrgica, específica para a perda de peso, e que tenha conduzido a uma perda de peso bem-sucedida (por ex., “[a cirurgia] foi a melhor coisa que me podia ter acontecido”; “E agora, em Janeiro deste ano, como disse... hum... as coisas... fui operado, pronto.”; “Porque a operação ajuda, aí sem dúvida.”; “quando decidi então fazer uma operação que neste meu caso foi um bypass com um anel”; “Por isso é que esta, eu acho que esta cirurgia trouxe essa mais-valia”; “Como eu lhe ia a dizer, eu, após a operação, houve ali nos primeiros meses de ser intervencionado,”; “Eu quando pus a banda”; “ir a uma consulta de cirurgia para banda gástrica.”).

2.1.1.4 Encaminhamento **(2.1.1.4.-**

P/FPBS_Inic_SupSocialFormal_Encam): Encaminhamento ou recomendação por parte de um Profissional de Saúde para se dirigir a uma instituição/consulta/serviço específico para iniciar a PPBS (por ex., “o Dr. Gonçalves mandou-me para a consulta de obesidade”; “a pedido, a pedido lá do médico do Egas Moniz.”; “Pedi-me para ir lá pa, pa fazer o tratamento”; “quem me deu a direcção da Teresa foi o meu neurocirurgião”; “porque o meu ginecologista, que é o médico, que mais ou menos faz o

controlo da minha, do meu estado de saúde, não é, me indicou a Dr. ^a Teresa,”; “a médica de família encaminhou-me para, para Medicina Interna, para a Doutora Ana Leitão...”; “Falei com a minha alergologista e depois ela encaminhou-me para Évora para poder ir a [uma consulta de cirurgia para banda gástrica.]”; “Entretanto eu pedi [esse doutor] se me dizia assim alguma nutricionista que fosse boa, pronto. E portanto [deu-me o número, deu-me o número da direção da Dra. Herédia e eu fui.]”)

2.1.1.5 Reestruturação do significado de perda **(2.1.1.5.-P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_ReSignifPerda):**

Reestruturação cognitiva (promovida por um profissional de saúde) do significado de perda de peso, valorizando a perda de, por exemplo centímetros na ausência (estagnação) de perda de quilos. (por ex., “punha-me em cima da balança e não via grande diferença de peso. E depois ela também me ensinou que às vezes o que é importante não é às vezes a perda de peso mas sim massa corporal”, “foi o que ela me disse, quando eu comecei a perder peso, o que custa mais é perder os que, o que eles chamam por dentro, aquela gordura mesmo porque depois chega-se a um ponto que já se vai, não se perde tão depressa, vai-se perdendo é volume”)

2.1.1.6 Existência de um plano nutricional que possa ser consultado **(2.1.1.6.-P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_Plano):** existência de um plano nutricional prescrito pelo profissional de saúde e consultado no início da PPBS (por ex., “o acompanhamento alimentar que a Dra. Sílvia me passou”; “uma regra de alimentação mais orientada”; “fiz-me uma dieta, se não me engano, eu acho que era à volta das 1500... não, eu acho que se calhar era menos de 1500 calorias, por dia.”; “a outra a dieta”; “a dieta que estava prescrita”; “se a dieta a principio é muito rígida,”; “Eu dá-me a ideia que ao fim e ao cabo o regime que fiz”; “Portanto, foi, eu acho que foi o esquema das águas que mantenho”; “É um plano completamente diferente...[não pode

ser muito igual de pessoa para pessoa].”; “Seguindo aquele regime alimentar.”)

2.1.1.7 Adaptação do plano com decisão ativa **(2.1.1.7 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_AdaptProgressActiva)**:

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 (ex., “não me sentia tão bem porque me faltava comida e tínhamos, portanto que orientar as tomas de forma diferente, isso foi organizado”; “a tipologia de comida em cada momento foi sendo adaptada”; “a segunda consulta já vai...aligeirar um bocadinho essa rigidez...de forma a nós também não nos sentirmos muito presos à dieta”)

2.1.1.8 Acompanhamento médico **(2.1.1.8 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_Médico)**

explicitação do acompanhamento por um médico como importante/útil no início do processo de perda de peso. (Por Ex:” [Há um objetivo traçado] entre mim e a equipa de cirurgia dos hospitais de... Coimbra, não é dos HUC mas é do hospital o outro, dos pulmões..”; “porque o Doutor Pedro Gomes foi quem, quem fez a cirurgia”; “porque isso foi uma coisa que o meu cirurgião diz”; “o endocrinologista. Foi um grande incentivador de todo este processo.”; “lá o médico”; “os médicos diziam que eu devia de fazer alguma coisa”; “Fui para o médico e o neurocirurgião”; “e o médico que me operou, antes em consultas que eu tive com ele”; “Portanto, o que me levou a perder peso foi tido precisamente esta consulta que eu tive de cardiologia, foi a partir daqui. Isto foi o toque, o toque principal para eu começar, quer dizer até a médica virar-se para mim e dizer que isto não podia continuar assim e que isto ia piorar”; “mas depois o médico também disse: “eh pá, você está a emagrecer demais. Não pode ser. Também não queira tudo”...”; “E ela, e a médica disse-me: “... cuidado que isso, você vá devagar...””)

2.1.1.9 Acompanhamento nutricional **(2.1.1.9 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_Nutricionista)**

explicitação do acompanhamento por um nutricionista como importante/útil

no início do processo de perda de peso. Se for referido que o útil/importante foi ter um plano nutricional disponível para ser consultado no início do processo, então cotar **2.1.1.6.- P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_Plano. (Por ex. “Foi a... pela dietista, lá do hospital”; “Na altura, não se comparava com a Dr^a Teresa”; “o maravilhoso com ela é”; “a Dr^a Teresa dizia para quando eu ia para um jantar pra ter atenção, comer isto ou comer...”; “a Doutora deu-me então todas as, os, as diretrizes daquilo que eu teria que fazer”; “Como qualquer nutricionista faz para quem precisa de perder peso”; “só fiz aquilo que a Dr.^a Teresa prescreveu.”; “A partir do momento em que passei a ir á Dr.^a Teresa Herédia,”; “E antes de ficar pior portanto...ah fui fazer uma consulta de nutricionismo”; “Há outras coisas que se estudam na nutrição...que como não sou nutricionista não sei...tenho que consultar que sabe para me indicar o, o estandarte”; “até que chegou uma altura que achei que realmente que seria sempre melhor se calhar com uma ajuda e falar com alguém e falei com a Dra. Teresa”; “que era o que a Dra. Dizia”; “a Dra. depois também me ter mentalizado alguma coisa,”; “oi quando decidi ir a alguma pessoa, conheci a Dra. Teresa Herédia, que é a doutora,”; “E depois é assim, conhece a Dra. Teresa? (...)Eu às vezes só dizia assim só de pensar de ela estar a falar comigo e eu já não consigo fazer o contrário. (risos) Eu adoro-a, é uma pessoa que eu gosto mesmo muito”)**

2.1.1.10 Regulação banda gástrica (2.1.1.10 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_RegBandaGast) Regulação da banda gástrica após a cirurgia para permitir continuar a redução do peso, ou para facilitar a alimentação. (Por ex. “Ao princípio com a mudança do nível de vida vai lá, depois atinge uma estagnação. ...” Depois quando atinge a estagnação pelo menos na minha parte a primeira estagnação...a minha banda foi apertada e depois perdi mais 5 ou 6 quilos. Depois houve outra estagnação, voltaram-me a apertar a banda e depois aquilo chegou uma altura em que ele apertou de mais e eu não conseguia nem beber água ...teve quatro dias horríveis e então

depois voltei lá, e ele voltou a pôr-me a banda como tinha antigamente e desde aí para cá tenho sido sempre assim.”)

2.1.1.11 Clínica de estética **(2.1.1.11 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_ClinicaEstet)** Recorrer a uma clinica de estética (Por ex. “que fomos para a Persona porque gostávamos de fazer alguma coisa”)

2.1.1.12 Clínica para redução de peso **(2.1.1.12 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_ClinicaRedPeso)** Recorrer a uma clinica especializada na redução de peso. (Por ex. “Dirigime à “Naturhouse””)

2.1.1.13 Medicação **(2.1.1.13 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_Medicação)** Prescrição de medicação por um técnico de saúde e toma da mesma. (Por ex. “as medicações que eles davam”; “E durante ainda um mês ainda estive a tomar o...[ai foi o endocrinologista que me deu]... tive a tomar uns comprimidos para emagrecer”; “Tomava... hum... as medicações que eles davam”; “. Acho que são mais os medicamentos... hum... do que outra coisa.”)

2.1.1.14 Fisioterapeuta **(2.1.1.14 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_Fisioterapeuta)** Referencia ao acompanhamento por um fisioterapeuta como importante para a PPBS (Por ex. “a fisioterapeuta zangada comigo no sentido em que também me dizia que: “Você tem que emagrecer, tem que emagrecer. Era muito importante para si.””)

2.1.1.15 Psiquiatra **(2.1.1.15 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_Psiquiatra)** Referencia a acompanhamento psiquiátrico como relevante para a PPBS. (Por ex: “a nível, também a nível de foro psiquiátrico”; “E depois também com a ajuda do foro psiquiatra.”)

2.1.1.16 Grupo terapêutico **(2.1.1.16 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_GrupoTer)** 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 PPBS. (Por ex: ““Mas em grupo é muito mais

fácil.”, “porque tamos sempre controlados”; “eu aqui nestas consultas, não é, de psicologia, de terapias de grupo”)

- 2.1.2 Perceção de consequências físicas/doença do peso excessivo que desencadearam o início da perda de peso **(2.1.2.-P/FPPBS_Inic_SintFís)**: manifestação de sintomas físicos decorrentes do peso excessivo que desencadearam o início da perda de peso (por ex., “já não aguentava as pernas”; “já não aguentava a coluna”; “tinha a cartilagem toda gasta”; “controlar a pré-diabetes”; “o facto de eu achar que o colesterol estava um bocadinho alto”;) quando uma pessoa está pesada começa a sentir mesmo ao andar normalmente, não é, o peso das pernas”; “Depois a parte respiratória também é muito complicado..”; “já há estas técnicas das operações não sei quê, para emagrecer, eu fui saber e no dia em que fui saber fique a saber que havia esta hipótese de ficar sem diabetes”; “Porque também foi derivado a uma hérnia discal que tenho na L5”; “E resolvi marcar a consulta e meti mesmo na cabeça que tinha que perder o peso, se não ia ter mais dores.”; “Eu não conseguia dormir, portanto, meias de (...), 20 em 20 minutos, se fosse preciso, ou de meia em meia hora, era um cansaço terrível porque era o desgaste de dormir.”; “iria ajudar, aaa, para a coluna não estar tão sobrecarregada.”; “Pronto mas estava com problemas de tensão alta e...não muito graves mas pronto...o adiar podia agravar a situação”; “foi mais o ir ao médico e dizer-me que se calhar tinha que começar a tomar um comprimido para a tensão alta”; “Cheguei a uma altura em que comecei a ter problemas e prontos tive problemas na coluna talvez não derivado do excesso de peso mas que isso se calhar ajudava”; “E também foi a questão de ter sido operado”; “é que eu era diabético e pé eu tinha um pavor (silêncio) sei lá aos cortes de pés, de pernas e isto para mim era uma preocupação andava sempre com um pavor a isto não é?”; “Eu tomava 16 comprimidos por dia (...) era para o coração, era para a tensão, era para os diabetes, era para isto e para aquilo...sei lá.”; “E como comecei a ter a apneia e essas coisas todas, eu não podia ignorar as coisas”; “porque eu estava já com algum processo de... como é que hei-de explicar? Hum... com alguns problemas cardíacos, o colesterol, a tensão arterial, triglicéridos. Bastante alterados...”; “Foi talvez o receio de... hum... doenças associadas que

no momento tinha (...)que me incentivou mais a, a pedir ajuda, talvez.”; “– já tinha algumas doenças associadas que provavelmente... hum... deixam rastros”; Porque as coisas estavam a tornar-se más e até porque... como sou asmático quanto mais gordura pior também o nível de respiração cansava-me muito mais e isto começou a ser muito mau para o meu nível de vida do dia-a-dia”; “, a chave foi exatamente decidir que tinha de perder esse peso para bem da minha saúde, não é?”EA6; “Preocupou-me também o meu Índice de Massa Corporal, nunca na minha vida com trinta e seis anos eu tinha ouvido falar, tinha ouvido falar mas não sabia a importância de risco de doenças de tudo e portanto, o índice, o índice também se diminuir também é muito importante”EA6; “não conseguir fazer coisas que fazia; lembrar-me de coisas que fazia quando era mais novo que gostava de voltar a fazer algumas... eu... além de andebol fazia natação, andava de bicicleta e... aos 25 anos, praticamente, na altura em que tirei a carta, deixei de fazer isso.”F16 ;” Depois pensava no anti-inflamatório que tomava todos os dias. Pensei no anti-inflamatório que tomava todos os dias para as dores articulares... hum... e começava a ser uma coisa complicada”M4)

2.1.3 Reestruturação cognitiva **(2.1.3.-P/FPPBS_Inic_RestruCogn)** Mudar crenças e significados acerca dos alimentos e da sua ingestão como forma de atingir a PPBS.

2.1.3.1 Necessidade de mudança cognitiva e comportamental devida a condicionamento físico/cirurgia **(2.1.3.1.-P/FPPBS_Inic_RestruCogn_Cirurg)** Necessidade de reestruturação cognitiva para alterar comportamentos devida ao condicionamento físico resultante da intervenção cirúrgica (por ex, “a cabeça muito bem preparada”; “não se pode abusar porque não entra mais comida naquele estômago”; “Estive um mês a líquidos, praticamente.”; “[Eu quando pus a banda,] o que bebia a várias refeições durante o dia, era chá...”; “Ele enquanto me deu os líquidos, o primeiro mês está muito bem. Quando ele começa a mandar comer só líquidos, não eram sólidos, porque a primeira sopa que a gente come é os legumes cozidos e escorridos e só leva água, depois passa-se e mesmo assim cõa-se num passador para não ir as fibras e depois é que se começa a

comer passada e não sei quê.”; “A gente engole e aquilo vem para fora. (risos) está cheio, daqui não passa.”; “Acaba por ser um pouco mais de um mês porque...são mais ou menos três semanas só os líquidos. E depois começa então a tal água da sopa. E depois não sei o quê, não sei quantas até começar a comer é mais de um mês. É muito mais de um mês”; “Há coisas que têm que passar a fazer ao contrário, por exemplo, eu como o pão e no fim enfio o leite todo de uma vez e tive de passar a beber o líquido e depois o sólido, se fizer ao contrário vem para cá tudo fora”; “por causa daquele período em que tens só que comer líquidos e isso...[é normal que percas peso repentinamente]”; “não podes mesmo beber bebidas com gás.”; “A nível de cabeça, penso. E na altura pensar *Vou para esta cirurgia, mas tenho que mudar* e eu quando cheguei atualmente à cirurgia que fiz agora em Janeiro, já estava mentalizado que a partir daquela, ant... não foi só a partir daquele ato, uns meses antes eu já estava mentalizado que tive, que tinha que mudar.”M3)

2.1.3.2 Alteração da forma de pensar sem especificação **(2.1.3.2.- P/FPPBS_Inic_RestruCogn_S/Esp)** Alteração na forma de pensar sem especificar a forma de mudança na sua implementação. (Por ex: “[tive que reorganizar a minha vida em casa], [na minha maneira de comer, na minha maneira de estar] portanto, na minha maneira de pensar essencialmente”; “Claro que depois a pessoa pensa, obviamente: “Foi assim que ficaste gorda”, não é? Ninguém pode ter trinta e tal anos, quase na casa dos quarenta, comer tudo o que lhe apetece, à hora que lhe apetece...não é? Ou é fazer refeições às dez da noite e depois deitar-me...pronto.”EA6; “Porque houve um esforço grande da minha parte e por perceber que... que, que tinha que mudar e eu tinha que pensar que já não era criança nenhuma”M3; “Se não formos nós a... as pessoas às vezes dizem *Ah agora fizeste isto, consegues*, não sei quê mas também se a gente não mudar, não, não, não...”M3; “acho que me reeduquei digamos, (aaa) na forma de me alimentar.”P14)

- 2.1.4 Adaptação geral da vida **(2.1.4.-P/FPPBS_Inic_AdaptGeralVida)**
Adaptação de múltiplos aspetos da vida de forma permitir o processo de redução de peso. (Por ex: “[tive que dar uma volta a minha vida toda, portanto tive que reorganizar a minha vida em casa], na minha maneira de comer, na minha maneira de estar”; “ele deu-me um conselho: “Se você quer perder peso, deixe de ser cozinheira.” Que eu na altura era cozinheira... Eu então deixei de ser cozinheira, passei a ser auxiliar num lar”; “portanto tive que mudar obviamente que toda aquela...maneira de o meu filho não dormir e tudo ter-se mantido durante muito tempo, eu tive que ter outros cuidados comigo para conseguir emagrecer.”)
- 2.1.5 Existência de suporte social informal **(2.1.5.-P/FPPBS_Inic_SupSocialInformal)**: verbalização da existência de pessoas que ajudaram a iniciar a PPBS
- 2.1.5.1 Apoio do/da(s) filho/filha(s) **(2.1.5.1.-P/FPPBS_Inic_SupSocialInformal_Filhos)**: referência ao apoio do/da(s) filho/filha(s) no início da PPBS (por ex., “o meu filho”; “de resto houve até algumas consultas que o meu filho me acompanhou”; “até o meu filho. Estas a ver mãe qualquer dia, vais ficar como eras e tal. E isso acaba por ajudar a pessoa, pronto. Acaba por ser um incentivo, é isso?”; “Quer dizer tirando as minhas filhas, que me incentivaram também”)
- 2.1.5.2 Expressão, por parte de uma pessoa significativa, de controlo/incentivo para não comer em excesso ou inadequadamente **(2.1.5.2.-P/FPPBS_Inic_SupSocialInformal_NaoComerExcesso)**: exercício de controlo ou incentivo, por parte de uma pessoa significativa, para não comer excessiva ou inadequadamente (por ex., “E aquelas pessoas que acabam por estar mais connosco principalmente, eu pelo menos, falo por mim, nas horas das refeições e tudo mais, ficarem: “Ai se calhar não devias estar a comer tanto disso” ou... Acho que dão ali outra mão”)
- 2.1.5.3 Encaminhamento ou recomendação por parte de amigos/familiares para se dirigir a uma instituição/consulta/serviço específico para iniciar a PPBS

(2.1.5.3.-P/FPBS_Inic_SupSocialInformal_Encam) (por ex., “em conversas com amigos e com a minha cunhada, enfim com várias pessoas, falaram na Teresa Herédia e eu fui ter com a Dra. Teresa Herédia”; “E depois em conversa com a minha cunhada, ela falou-me de um médico que ela ia”; “Alias, um dos meus genros já tinha feito também, embora não estivesse excessivamente gordo, também já tinha feito umas andanças pela Dr.^a Teresa Herédia, e até foi que me deu o contacto”)

2.1.5.4 Apoio do(a) cônjuge **(2.1.5.4.-P/FPBS_Inic_SupSocialInformal_Conjuge)**: referência ao apoio do/da cônjuge, ou parceiro(a) no início da PPBS (por ex..” a minha namorada. Deu-me ânimo.”; “Em casa a mulher”; “depois passado um mezinho ou assim ela teve que passar a fazer o mesmo que eu fazia e então aí foi espetacular”; “Ela aí viu que eu tinha que fazer que ela também tinha que fazer pronto”; “e ele um dia dedicou-se à procura lá na Rua da Misericórdia, andou para baixo e para cima para conseguir saber onde é que era para a gente poder marcar para eu lá ir (risos) Portanto ele ajudou-me sempre.”)

2.1.5.5 Apoio da amiga no fornecimento da dieta **(2.1.5.5 -P/FPBS_Inic_SupSocialInformal_AmigaDieta)** Cedencia de uma dieta por parte da amiga como fator importante no início da PPBS. (Por Ex. “primeira foi porque a minha amiga começou a fazer [a dieta] e ensinou-me. E eu fui fazendo”)

2.1.5.6 Apoio da família **(2.1.5.6 -P/FPBS_Inic_SupSocialInformal_Familia)** Apoio de família sem especificar como. (Por ex. “A minha família”; “e os meus familiares, não é?”; “fui um bocado ajudada pela família”; “o facto de ter sido estimulada também pela família, não é, à medida que ia perdendo peso tornou-se mais fácil, não é, mais fácil para mim, quer dizer a dieta, fazer a dieta, penso que foi isso...”; “eles ajudaram-me imenso a eu conseguir perder peso, com o reforço positivo, não é.”; “eles estimulavam-me, olha já perdeste dois quilos, dois quilos e meio.”; “se calhar talvez a

- família, sentir que a família ser também”; “Eles ajudaram-me sempre e...e sinto isso que...que eles me trataram sempre bem”)
- 2.1.5.7 Apoio da irmã **(2.1.5.7 - P/FPPBS_Inic_SupSocialInformal_Irmã)** Apoio da irmã sem especificação. (Por ex. “a minha irmã”)
- 2.1.5.8 Apoio do pai **(2.1.5.8 - P/FPPBS_Inic_SupSocialInformal_Pai)** Apoio dado pelo pai no processo de PPBS. (Por ex. “O meu pai.”)
- 2.1.5.9 Apoio da mãe **(2.1.5.9 - P/FPPBS_Inic_SupSocialInformal_Mãe)** Apoio dado pela mãe no processo de PPBS. (Por ex. “E foi aí que a minha mãe inclusive decidiu mudar e na altura é que fomos para a Persona”; “A minha mãe comprava assim... Tentava fazer refeições que sabia que eu ia comer, porque eu acho lhe que custava ver-me passar fome (risos).”; “Ainda no outro dia tava a dizer: não posso comer mais nada, já tenho andado a comer muitas porcarias (risos), mas pronto.”)
- 2.1.5.10 Amigos **(2.1.5.10 - P/FPPBS_Inic_SupSocialInformal_Amigos)** Apoio dado por amigos sem especificação. (Por ex. “As minhas amigas.”; “ah...as amigas mais chegadas”; “Eu acho que todos os meus amigos de alguma forma, todos eles. Contribuíram”)
- 2.1.5.11 Sem especificação **(2.1.5.11 - P/FPPBS_Inic_SupSocialInformal_SemEspecific)** Apoio informal recebido sem especificar a origem. (Por ex. “o apoio esse aí foi o apoio. O apoio ajuda. A força que me deram para avançar.”; “pronto e as pessoas a alegria que me dão.”; “Hum, as pessoas mais chegadas ficam mais contentes, mais felizes... Que, que eu tou a perder peso e incentivam-me, não é?”; “Depois toda a gente diz que eu tou muito magra, que eu não acho nada, mas são pessoas que não me vêem há imenso tempo. Hum, sim há pessoas que me apoiam.”)
- 2.1.5.12 Pais **(2.1.5.12 - P/FPPBS_Inic_SupSocialInformal_Pais)** Apoio dos pais no processo da PPBS. (Por ex. “Os meus pais

motivaram-me bastante.”; “Apesar de fazerem a obrigação deles, é claro, mas ajudavam-me.”)

2.1.6 Diminuição de ingestão de alimentos **(2.1.6 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim)** Diminuição de ingestão de determinados alimentos durante o processo inicial da PPBS.

2.1.6.1 Água **(2.1.6.1 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Agua)** Redução na quantidade de ingestão de água em determinadas situações específicas ou em geral. (Por ex: “portanto vou bebendo, tentando não conflitar com as refeições, com a digestão”; “deixar de beber muita água”; “nem líquidos”; “não bebo água às refeições,”; “E a partir das 7 da noite não bebo porque tenho tendência a fazer retenção de líquidos”; “a partir da 7 da noite, não, já não bebo água”)

2.1.6.2 Fritos e gorduras **(2.1.6.2 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_FritoGordura)** Redução na ingestão de fritos e gorduras (Por ex: “cortar mais com os fritos”; “A manteiga também, que eu sabia que era uma coisa que me podia engordar assim subitamente e também deixei de comer manteiga.”; “e um bocadinho a gordura também.”; “quando comesse tirava sempre a gordura”; “, nas saladas ter azeite, só com vinagre, isso é que me custou mais”)

2.1.6.3 Carne **(2.1.6.3 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Carne)** Diminuição da ingestão de carne (Por ex: “Reduzi também um bocadinho a carne”, “mas a carne reduzi”; “Evitava comer carne de porco também”; “a pessoa não precisa de um bife enorme porque isso até é mau para o organismo, um bife muito mais pequeno já é o suficiente”)

2.1.6.4 Hidratos **(2.1.6.4 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Hidratos)** Redução de consumo de hidratos sob as várias formas como Arroz, pão, massa ... (Por ex: ““Tirei os hidratos de carbono, só comia... Os hidratos de carbono que eu comia era só o pão ao pequeno-almoço e, raramente, às vezes ao lanche também comia uma fatia de pão torrado. O arroz era muito reduzido, quase nada.”; “O pão reduzi logo”; “eu sempre comi pão ao pequeno-almoço, comia só metade de um pão em vez de ser um pão

inteiro, metade do pão.”; “Eu sempre fui aquela pessoa que foi sempre habituada a comer pão á refeição. E eu aos poucos e poucos deixei de pôr pão na mesa.”; “E eu não comia sem pão. Era uma coisa impressionante.”; “Eu hoje punha, amanhã não punha e não sei quê...até que deixei de pôr pão na mesa, já como sem pão há muitos anos.”)

2.1.6.5 Controle sem especificação **(2.1.6.5 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_ContSemEsp)** Referência à existência de um controlo ou contenção sobre os alimentos ingeridos ou sobre o desejo de ingerir alimentos (por ex., “O resultado foi a alimentação, à base da alimentação principalmente.”M3; “Não foi ginásio, foi mesmo só da alimentação e...”); “Eu sempre comi de tudo. (...) pronto, tinha de ser regrado”P7; “mas por norma tenho uma alimentação muito saudável. Muito mais saudável.”; “Segmentar de maneira diferente aquilo que, que já comia, portanto não deixei de comer tanto...se calhar deixei de comer certas coisas em certos dias, mas substitui essas coisas por outras que, que tiravam a fome na mesma”; “tem é que aprender a comer moderadamente”; “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 e mais bem repartida ao longo do dia,”AB10; “Redução do número de calorias que eu ingeria,”M21)

2.1.6.6 Jantar **(2.1.6.6 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Jantar)** Diminuição das quantidades ingeridas ao jantar (Por ex: “Jantar muito menos, a coisa reduziu substancialmente”; “, diminui e forma de comer à noite, não é?”)

2.1.6.7 Quantidades **(2.1.6.7 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Quant)** Diminuição das quantidades sem especificação (Por ex: “Comecei a comer metade do que comia”; “As quantidades. As quantidades de comida, [as quantidades que comia de esparguete, as quantidades que comia de arroz]...sei lá”; “e não comer em quantidade”; “A mudança...foi assim, a mudança foi só nas quantidades.”; “A perda, como eu disse, foi somente em termos de, de alimentação ou de quantidades.”)

- 2.1.6.9 Álcool **(2.1.6.9 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Alcool)** Redução ou eliminação da ingestão de álcool (Por ex: “De maneira que só essa parte do álcool já, já, já me fazia perder peso”)
- 2.1.6.10 Almoço **(2.1.6.10 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Almoço)** Redução da quantidade ingerida ao almoço (Por ex: “mas ao almoço eu normalmente almoçava duas tostas mistas e uma Coca-Cola, ok. [Então o que ela me disse foi,] ok! Em vez de ser duas tostas mistas passa a ser uma tosta mista”)
- 2.1.6.11 Bolos/Doces/Açúcar **(2.1.6.11 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Doces)** Redução ou eliminação da ingestão de alimentos doces, bolos ou açúcares (Por ex: “logo trocar com o café, o açúcar para o adoçante,”; “deixar de comer os doces,”; “o caso dos doces, por exemplo, em vez de comer doces todos os dias passei a ter outro tipo de regime...em que só posso comer uma vez por semana”; “por ter diminuído a quantidade de açúcares que ingeria”; “os bolos que eu comia”EA6)
- 2.1.6.12 Refrigerantes **(2.1.6.12 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Refrig)** Diminuição ou eliminação do consumo de refrigerantes (Por ex. “mas ao almoço eu normalmente almoçava duas tostas mistas e uma Coca-Cola, ok. [Então o que ela me disse foi, ok! Em vez de ser duas tostas mistas passa a ser uma tosta mista] e tiramos a Coca-Cola”; “deixar de beber coca-cola,”)
- 2.1.6.13 Fruta **(2.1.6.13 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Fruta)** Redução na ingestão de fruta em geral ou em momentos específicos (Por ex. “Portanto, à refeição (...) não comer fruta...”; “era a peça de fruta a deixar de comer no fim da refeição”)
- 2.1.6.14 Entre refeições **(2.1.6.14 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_EntreRefei)** Diminuição ou eliminação da ingestão de alimentos entre as refeições (Por ex: “não como nos intervalos”; “A forma de não petiscar,”)
- 2.1.6.15 Lanche **(2.1.6.15 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Lanche)** Eliminação ou redução das quantidades ingeridas ao lanche.

(Por ex: “eu não lancho, não lancho (...) só se for uma peça de fruta.”)

2.1.6.16 Redução de hidratos à noite **(2.1.6.16 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_HidratNoite)** Eliminação de hidratos de carbono à noite. (Por ex. “à noite não podia comer farináceos,”; “mas as minhas jantares (...) Não posso comer hidratos de carbono.”; “– Só logo a começar pelos jantares em que eu não podia ingerir um, um único hidrato de carbono, logo aí...”)

2.1.6.17 Sal **(2.1.6.17 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Sal)** Sal (Por ex: “No sal, é porque eu não podia”)

2.1.6.18 Cefalópodes **(2.1.6.18 - P/FPPBS_Inic_DiminAlim_Cefalopodes)** Reduzir a ingestão de polvo, choco ou lulas. (Por ex: “[uma das coisas que a Dra., a nutricionista me disse] que não comesse polvo, chocos ou lulas.”)

2.1.7 Epifania **(2.1.7 - P/FPPBS_Inic_Epifania)**: referência a um momento de epifania que conduziu ao início da PPBS (por ex., “Eu tive... (risos). Quando eu decidi perder o peso, eu tive assim uma espécie de, de vipe, não sei, não sei como é que se chama, em que realmente me apercebi que eu tava gordíssima, e que não podia tar assim. E foi quando eu tive esse acender da luzinha, que me fez realmente querer perder peso.”M21; “Ah! Portanto, o que me levou a perder peso foi tido precisamente esta [consulta que eu tive de cardiologia,] foi a partir daqui. Isto foi o toque, o toque principal para eu começar”; “Foi aquele click.”; ““2010. E aí nessa altura é que...e muito pelo choque de [estar ali a 4 quilos dos 100] decidi lutar mesmo contra o peso e fazer qualquer coisa em relação a isso”; “E como lhe disse, estar ali mesmo junto aos 100 quilos foi assim uma estalada, uma estalada, mental bastante grande”; “[Mas o estar perto do 100 quilos,] foi de facto um choque e acho que foi isso, é que foi a grande chamada de atenção e o grande activador”; “Então percebi que só com uma dieta não, nunca ia conseguir (...)E então pá, tomei uma decisão”; “E depois a partir daí comecei a engordar, engordar, engordar quando dei por mim...disse: “Ah meu Deus, já peso...”, já pesava à volta de sessenta e oito ou...andava ali”AB36; “Ai meu Deus, eu não posso

continuar assim.” Comecei a pensar assim: “Ai eu não posso continuar assim.” [E foi quando eu procurei então o ginecologista, o meu médico,]”; “Eu não tinha noção só quando eu fui a segunda vez buscar o vestido e disse: “Mas eu não o levo para casa sem experimentar primeiro”, a senhora disse: “então vá ali ao gabinete e vá ali experimentar” e eu chamei e disse: “Olhe, isso não me serve” (Silêncio) Foi quando eu disse: “Não!”, ela depois, arranjaram-mo, mandaram alargar e disse: “Ai não pode ser”, foi nessa altura que eu tomei a decisão.”; “e no dia em que fui saber [fique a saber que havia esta hipótese de ficar sem diabetes] e então eu disse mesmo , não ... vou ter de pagar, vou pagar, é caro mas vou pagar e vou para a frente com isto.”)

- 2.1.8 Perceção de autoeficácia no início do processo de perda de peso (**2.1.8. - P/FPPBS_Inic_AutoEfic**): perceção de autoeficácia, no início da PPBS, para implementar/fazer algo relacionado com a diminuição do peso traduzindo-se em perceção de facilidade (Por Ex: “por um lado foi mais fácil do que, o que eu estava a pensar”, “é muito fácil perder 10kg. É, quando se tem muito peso é fácil.”; “não foi difícil”; “ Como é que foi, por um lado foi mais fácil do que, o que eu estava a pensar.”; “era uma coisa que não, para todos os efeitos, não perdia muito tempo nem tinha de...nem era uma coisa que fosse muito difícil,”; “[eu fiz a tal dieta], como disse 8 meses mais ou menos, e perdi qualquer coisa como 4 quilos e depois eu [quando comecei a fazer coisas por mim,] perdi 16 quilos, em dois/três meses, [portanto foi uma gratificação enorme e pronto ...acho que é isso, as palavras mais fortes de como é que foi e foi gratificante] e foi mais fácil do que estava a espera”; “realmente deixar de comer as coisas...que se calhar gostava mas não me custou”; “durante o dia a dieta prescrita era perfeitamente relativamente fácil de, de, de seguir não tinha fome, não...estava perfeita”; No início foi relativamente fácil”; “Não fazia assim muita diferença. Porque eu, antes disto já tinha perdido peso por mim próprio.”; “Por um lado é, por um lado isso aí é-me fácil [se eu tiver sem objetivo tipo perder quinze quilos em não sei em quanto tempo, não ponho um tempo mas vou perder quinze quilos], isso faço e é-me fácil. “; “Não, nada difícil. [O entusiasmo era muito grande]”; “Para mim foi ótimo. Para mim foi uma perspectiva, foi, como é que hei de dizer, foi

pensar que, foi com ótima expectativa, ou seja, tinha um otimismo enorme naquela de “vou conseguir inverter isto de uma vez por todas”. Consegui. Pelo menos até agora acho que consegui. Não me custou nada. “; “Não me custou nada nada nada”; “Não ficamos deprimidos...não foi difícil”; “Eu não me faz, a mim não me fez diferença nenhuma, mesmo nenhuma”; “[e foi a dieta que eu achei mais racional,] mais, mais fácil de fazer portanto, sem grandes sofrimentos, não é”; “[porque eu achei que a dieta que ela prescreveu era realmente uma dieta equilibrada,] que qualquer pessoa poderia viver, não é?”; “E correu muito bem, melhor do que eu esperava obviamente, não é? E a minha conclusão, foi se eu soubesse que isto era assim tão fácil, já devia tê-lo feito há muito mais tempo.”; “Para mim de facto foi muito fácil.”; “Foi ver o... ver os quilos a diminuir (...)e chegar à conclusão que não tinha que fazer nada para isso”; “eu nunca tive dificuldades em emagrecer”; “Acima de tudo acho que, o não o não me custar a adaptar a uma nova alimentação foi o ponto fundamental.”; “a mim não me custou passar uns tempos a comer aqueles caldinhos de água rasa (?) com um bocadinho de clara de ovo, não me custou.”P17)

- 2.1.9 Iniciar exercício físico **(2.1.9 - P/FPPBS_Inic_ExFís)**: iniciar a prática de exercício físico no início do processo de perda de peso, para gerir o peso ou problemas de saúde que tenham surgido como consequência do excesso de peso (ex., “melhorar a eficácia do exercício por causa da diabetes”; “começar a fazer exercício novamente”; “Comecei a fazer caminhadas”; “Tenho feito caminhadas”; “por ir gastando com o exercício, por ir gastando açúcar e gorduras todos os dias, por pouco tempo que fosse era um exercício regular e fixo.”)
- 2.1.10 Fazer refeições em casa **(2.1.10 - P/FPPBS_Inic_RefeiCasa)** Fazer as refeições em casa como forma de controlar a alimentação mais eficazmente. (Por ex: “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. E ia sempre comer a casa. Eu tinha duas horas de almoço, hora e meia, eu ia de Lisboa para Linda-a-Velha para comer e voltava.”; “Porque acho que preferia comer a minha comida, não é, digamos assim, que ia estar a comer melhor e ficar saciada. Porque eu comer nas cantinas da escola, não. Aquela sopa é

água...”EA5; “A grande mudança foi mesmo eu deixar de almoçar sistematicamente na rua, foi, essa foi mesmo a grande mudança, percebe.”P15)

- 2.1.11 Antecedentes de sucesso **(2.1.11- P/FPPBS_Inic_AntecSucess)**: Analogia entre o processo de perda de peso e outras mudanças comportamentais, feitas com sucesso no passado. Se a pessoa remeter para uma perda de peso inicial, em que conseguiu perder peso mas não o conseguiu manter, então não se deverá considerar dado que a pessoa foi bem-sucedida apenas no início e não na manutenção (ex., “A experiência foi interessante porque me recordou o tempo em que deixei de fumar”; “Deixei de fumar aos 28 anos e fumava se calhar desde os meus 10”; “e então eu disse que no fim do ano, era só neste ano que vou fumar. E realmente nesse ano 85-86 na passagem de ano, faltavam dez segundos, acabei a cigarrilha e disse: “pronto este é o meu último cigarro e já não vou fumar mais a partir daqui”; ” por exemplo eu também geralmente não fumo mas às vezes como já fui fumador, estou assim uma semana a fumar então utilizo o mesmo principio”)
- 2.1.12 Objetivo(s) **(2.1.12 - P/FPPBS_Inic_Obj)**: referência à existência de um ou mais objetivos, de mestria-intrapessoal ou performance-interpessoal, a atingir ou experiências a evitar na perda de peso.
- 2.1.12.9 Objetivo de mestria de atingimento **(2.1.12.1 - P/FPPBS_Inic_Obj_MestriaAting)** Menção de um objetivo de natureza intrapessoal que se deseja atingir. Nota: Se a pessoa não evidenciar a natureza interpessoal (tal seria de performance) então assumimos que é um objetivo intrapessoal tendo em conta a natureza do processo de PPBS. (Por ex. “objetivo”, “em querer me sentir bem”, “Pá também gosto de ter uma aparência mais, pronto mais bonita, não é?”; “como queria mesmo, mesmo só perder pra consegui chegar à, à, aos 58,5 que era supostamente o meu peso ideal, 58,5.”)
- 2.1.12.10 Objetivo de mestria de evitamento **(2.1.12.2 - P/FPPBS_Inic_Obj_MestriaEvit)** Menção de uma experiência de natureza intrapessoal que se deseja evitar
- 2.1.12.10.1 Proximidade do limite indesejável **(2.1.12.2.1 - P/FPPBS_Inic_Obj_MestriaEvit_Limite)** Percepção

de proximidade de um limite indesejável (Peso, forma corporal, estado interno) que não deseja ultrapassar e que despoleta acção para a perda de peso. (por ex. “isso eu tenho a preocupação de quando chega a certo limite, ou vou ao tal folha do *Excel* ou recorro a uma nutricionista.”; “E aí nessa altura é que...[e muito pelo choque] de estar ali a 4 quilos dos 100”; “E como lhe disse, estar ali mesmo junto aos 100 quilos [foi assim uma estalada, uma estalada, mental bastante grande. E assim que...[acho que o factor preponderante foi mesmo a motivação,] a seguir a essa situação e a esse valor.”]; “Mas o estar perto do 100 quilos, [foi de facto um choque e acho que foi isso, é que foi a grande chamada de atenção e o grande activador]; “eu me aperceber que estava com 96 quilos e ter começado de facto a lutar contra isso”; ““só recorro a ela quando, quando é mesmo necessário mas só se chegar praí aos noventa quilos é que eu a...”)

2.1.12.10.2 Esforço para não perder **(2.1.12.2.2 - P/FPPBS_Inic_Obj_MestriaEvit_EsforçoÑPerder)** Dispêndio de esforço para não perder capacidades para perda de peso já adquiridas (Por ex. “acho que tudo bem o cárdio que é o correr acho que é útil agora estar a levantar pesos, por exemplos de amigos que eu tenho depois aquilo não só não é assim tão bom para a saúde a partir de certo limite como tira-me a elasticidade, tira-me uma série de qualidades que eu quero manter.”)

2.1.13 Ultrapassar objetivo **(2.1.13 - P/FPPBS_Inic_UltrapObjetivo)** Continuar o processo de redução de peso para além dos objetivos iniciais definidos pelo próprio ou por outro como o nutricionista. (Por ex: “a doutora **(2.1.1.9 - P/FPPBS_Inic_SupSocialFormal_Nutricionista)** dizia que a minha meta era cinquenta e seis **(2.1.12.1 - P/FPPBS_Inic_Obj_MestriaAting)** e eu ...fui baixando, quando ela

disse já está bem, mas eu continuei a fazer a dieta na mesma. (...) E eu até...nessa altura, agora já...naquela altura eu disse. “Não...ainda não é o peso que eu quero”, ainda continuei a fazer...a fazer a dieta na mesma.”; “[Dra. Teresa] disse que a minha meta seria os cinquenta e seis mas eu já passei para baixo”)

2.1.14 Pensar sobre o que se come (**2.1.14 - P/FPBS_Inic_PensarAliment**): refletir sobre o que vai comer antes de o fazer (ex., “pensamento sobre os alimentos”; “e a minha relação com a comida passou a ser uma relação... hum... de... elaborada na atitude... uma relação de acções e não uma relação de reacções.”; “eu como porque me dá prazer, porque gosto do alimento e descentrei a minha necessidade de comer... hum... da latência para aquilo que é o alimento em si mesmo, a qualidade do alimento, o prazer do alimento.”; “tudo isso está na boca, na língua (ri-se), nas papilas gustativas (ri-se)...”)

2.1.16 Incapacidade para fazer tarefas diárias/mobilidade (**2.1.16 - P/FPBS_Inic_Mobilidd**): percepção de incapacidade ou dificuldade para desempenhar tarefas diárias e perda/diminuição da mobilidade (e.g. “eu queria descer uma escada e já não conseguia”, ” não conseguir atar os sapatos, vergando-me”; “eu estava limitado a tudo. Eu já não conseguia andar (...).É a 5 minutos... tinha que parar 4 vezes pelo caminho.”; “Como... hum... como simples coisas, como faz a higiene, fazer a higiene em casa, tomar banho, não sei quê, tinha que ser sempre ajudado.”; “Depois pensei e vi que custava subir escadas, me custava trabalhar.”; “Eu tinha dificuldade em me deitar, em me levantar, sentar... hum... começava a ser penoso para mim”M4; “era o desgaste de ter que mover um corpo enorme. 5 minutos a andar e eram as dores nos joelhos, dores nas costas, as dores, era o cansaço, a respiração ofegante demais”)

2.1.18 Identificação com/Crença na estratégia/solução (**2.1.18 - P/FPBS_Inic_IdentifSolução**): Achar que a estratégia de emagrecimento escolhida é adequada ao caso pessoal e acreditar na sua eficácia (ex., “nem me senti sequer forçado, nem violentado”, “a ideia era interessante, valia a pena experimentar”; “foi a dieta que eu achei mais racional,”; “achei que era uma dieta equilibrada.”; “eu achei que a dieta que ela prescreveu era realmente uma dieta equilibrada”; “houve um

colega meu de trabalho [que tinha ido à Doutora Teresa] e que apresentou resultados dramáticos de perda de peso, neste caso acho que ele até perdeu peso em excesso mas pronto, perdeu peso.”; “As pessoas punham, tinha colegas minhas que tinham posto e tinham ficado bem-sucedidas.” P19)

- 2.1.20 Estomago cheio **(2.1.20-P/FPPBS_Inic_EstomagoCheio)** Ingestão de alimentos pouco calóricos para potenciar a sensação de estomago cheio (Por ex. “eu via quais eram os coisos, os legumes que eu podia escolher então pronto ia para aqueles que sentia mais o estômago cheio”)
- 2.1.21 Estruturação de um horário para refeições **(2.1.21-P/FPPBS_Inic_Horario)**: alusão a uma maior organização dos horários respeitantes à alimentação (por ex., “ter um horário mais recto”; “a comer mais a horas”; “[Tinha um plano onde eram definidas quantidades] (...)e horas para comer”)
- 2.1.22 Discriminação / Estigmatização percebida **(2.1.22-P/FPPBS_Inic_Estigma)** Atitudes e crenças negativas (percebidas pelo próprio), sobre o excesso peso e manifestadas por estereótipos, enviesamento, rejeição ou preconceito. (Por ex: “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 (...) Quando estamos a comer, quando estamos gordas, quando estamos a comer, olham de outra maneira a dizer: “Como é que não havias de estar gorda!? A comer esse bolo...”, quando estamos magras, ou com o peso dito normal, ninguém nos censura por estarmos aquele comer um bolo...Não há aquele olhar...e eu sentia esse olhar sempre antes de entrar nas lojas...aquele olhar de desdém” (EA6) ; “é um problema grande que é o estado que as coisas estão a nível de mercado de trabalho (...) e as portas que se fecham para, para arranjar emprego.”M3; “A pessoa entra, ninguém dá hipótese, as pessoas dizem, olham para mim... fora. É logo excluído. Não dizem directamente mas...”M3; ““: Neste momento estou em casa desde 2002 porque não consigo arranjar emprego, não consigo arranjar...”M3)

- 2.1.23 Aumento Alimentar **(2.1.23-P/FPPBS_Inic_AumAlim)** Introdução ou aumento da ingestão de determinados alimentos com o objetivo de promover a PPBS na fase inicial.
- 2.1.23.1 Água **(2.1.23.1-P/FPPBS_Inic_AumAlim_Agua)** Aumento da ingestão de água. (por ex., “passei a beber sempre um litro e meio de água por dia em média”; “vou bebendo, tentando não conflitar com as refeições, com a digestão”; “beber água em jejum, um copo”; “e passamos a beber muita água entre as refeições”; “o que eu entretanto também aprendi foi... hum... a importância da, de beber água (que antes não, era muito raro, muito raro mesmo beber água, só mesmo às refeições e entretanto adquirir esses hábitos)”; “[A doutora mandou-me] beber muita água nos intervalos ...da refeição.”; “da água que eu bebia, que eu bebia muita água.”; “Comecei logo a beber a água”; “Bebia um litro e meio de água, que eu não bebia água”; “Eu tenho fome, tenho vontade de comer, não é? Então eu tenho sempre ali uma garrafa de água, na cozinha e isso eu faço.”; “E então foi...ao acordar eu isto ainda faço, é beber água em jejum, um copo”; “E comecei a beber muita água, muito chá,”; “Não bebia água e neste momento agora bebo 2/3 litros de água por dia.”; “Portanto assim que me levanto bebo água”; “tenho uma regra que é de beber duas garrafitas de água de manhã e duas na parte da tarde.”)
- 2.1.23.2 Sumo de Laranja **(2.1.23.2-P/FPPBS_Inic_AumAlim_SumoLaranja)** Sumo de laranja por substituição de alternativas mais calóricas (Por Ex. “[tiram a Coca-Cola] e passamos para o sumo de laranja”)
- 2.1.23.3 Arroz **(2.1.23.3-P/FPPBS_Inic_AumAlim_Arroz)** Aumento do consumo de arroz (Por ex. “passei a comer muito mais arroz acima de tudo arroz,”)
- 2.1.23.4 Grelhados **(2.1.23.4-P/FPPBS_Inic_AumAlim_Grelhados)** Grelhados em substituição de outros tipos de pratos (Por ex. “, foi comer acima de tudo coisas grelhadas”; Comia sempre só grelhados”; “só comia peixe grelhado”; “eu ao principio...eu comecei mesmo a entrar mesmo a sério na, o peixe grelhado e os grelhados. Peixe grelhado ou bife grelhado, não é?”)
- 2.1.23.5 Vegetais/Frutas **(2.1.23.5-P/FPPBS_Inic_AumAlim_VegFruta)** Aumentar a ingestão de vegetais em saladas ou de outras formas ou fruta

fresca sem ser em sumo. (Por ex. “comecei a comer muita salada, tudo quase à base de salada. Comia um pedaço de carne ou peixe mas é sempre só com salada... Ou com legumes cozidos”, “vou começar a comer mais legumes.”; “E acompanhar refeições com saladas, coisa que eu não fazia e pronto foi isso”; “eventualmente trocar as bolachas por fruta”; “nos restaurantes o meu prato só é salada”; “uma fatiazinha ou duas de carne assada ou assim com bastante salada, como bastante salada”; “Mas, mudou era, por exemplo, comecei a comer mais verdes.”)

- 2.1.23.6 Bolachas de água e sal **(2.1.23.6-P/FPPBS_Inic_AumAlim_BolAguaSal)** Comer bolachas de água e sal entre refeições e/ou quando tiver fome (Por ex. “se tiver fome...raramente tenho às vezes, às vezes sinto um bocado de fome. Como essas bolachinhas de água e sal”; “como um pacotinho que tem quatro ou cinco bolachinhas...e pronto, e é isso que eu como...antes do almoço.”)
- 2.1.23.7 Pequeno almoço **(2.1.23.7-P/FPPBS_Inic_AumAlim_PeqAlmoço)** Passar a tomar ou reforçar o pequeno almoço (Por ex. “saía de casa e não tomava o pequeno-almoço porque não conseguia comer de manhã. E eu fui aprendendo algumas maneiras de contornar isso. Hoje em dia em vez de acordar e comer, visto-me, faço tudo e só antes de sair de casa é que vou comer para conseguir contornar isso.”)
- 2.1.23.8 Leite Magro **(2.1.23.8-P/FPPBS_Inic_AumAlim_LeiteMagro)** Consumo de leite magro em substituição de opções mais calóricas (Por ex. “comecei logo pelo leite magro, porque eu bebia meio-gordo”; “E depois o segundo lanche, como então o meu leite magro, o meu leite magro”)
- 2.1.23.9 Associação de alimentos para atrasar a absorção **(2.1.23.9-P/FPPBS_Inic_AumAlim_AssocAlimAbsorção)** Escolher alimentos de grupos diferentes com o objetivo de atrasar a absorção. (por ex. “uma peça de fruta sempre acompanhada com uma bolachinha de água e sal para o organismo não assimilar tão depressa”)
- 2.1.23.10 Chocolate preto **(2.1.23.10-P/FPPBS_Inic_AumAlim_ChocPreto)** Ingerir chocolate preto por ter menos calorias que o de leite e saciar o desejo de chocolate. (Por ex: “Eu passava um mês inteiro, os únicos doces que eu comia mais era um chocolate mas também já me disseram,

como por exemplos, chocolate negro que te ajuda, tira-te essa saciedade e não faz tão mal, e tem menos calorias. (...)Sim, pelo menos cinquenta por cento de cacau, da Nestlé por exemplo tem um, aquela porcaria é amarga.”)

- 2.1.24 Comer sozinho **(2.1.24- P/FPPBS_Inic_ComerSozinho)** Comer sozinho como forma de evitar ficar exposto à tentação provocada pela comida das pessoas com as quais antes partilharia a refeição. (Por ex: “na marinha neste caso da tropa eu para comer tentava comer depois do pessoal todo comer , para eu não (...)Sim e depois eles falarem porque era só aquilo e depois eu também estar a vê-los eles a comerem uma coisa que eu também gostava de estar a comer mas , ao princip.... e nos primeiros minutos eu posso dizer eu não posso comer mas depois ao fim também já não consigo depois de comer o que eu tenho que comer depois já tou cheio e não faz mal estar a vê-los a comer”M32; “Hum, houve vezes que eu tive de comer no meu quarto, que eu não os podia ver a jantar. Mais do que uma vez.”M21)
- 2.1.25 Evitar comprar determinados alimentos **(2.1.25- P/FPPBS_Inic_EvitComprar):** deixar de comprar determinados alimentos para evitar a sua ingestão (por ex., “evitar de comprar para eu não ter esse desequilíbrio”; “não comprava bolachas”, “A estratégia a usar é não ter”; “eu deixei de ter aquelas coisas disparatadas que tinha em casa, os pacotes de batata frita, os pacotes de bolachas que eu mais gostava...o”; “a *Coca-cola* só entrava ao fim-de-semana porque adoro *Coca-cola* de uma maneira que nem imagina...”EA6)
- 2.1.26 Fazer refeições diferentes das do agregado familiar **(2.1.26- P/FPPBS_Inic_ComerDiferenteFamília):** fazer refeições diferentes daqueles praticadas pela família (por ex., “odiava que eles pudessem comer aquelas coisas à minha frente, mas depois fui-me acalmando e (pausa), uma pessoa vai-se habituando e a vontade, eles já comiam o que queriam. Hum, houve vezes que eu tive de comer no meu quarto, que eu não os podia ver a jantar. Mais do que uma vez.”)
- 2.1.27 Comer várias vezes ao dia **(2.1.27-P/FPPBS_Inic_ComerVárias)** Passar a fazer um maior numero de refeições ao longo do dia. (por ex., “deixei de fazer três refeições por dia e passei a fazer seis”, “”primeiro em comer mais ah...mais vezes ao dia”; “comer muito mais vezes durante o dia e

menos quantidade.”; “Praticamente. E depois passei a fazer mais ou menos 5 refeições ou 6 por dia.”; “ter uma alimentação muito mais equilibrada (...)Do ponto de vista de ser mais saudável, de comer mais vezes ao dia”; “Hum... consiste [num plano de alimentação] ao longo do dia onde... são definidas 5 refeições...”)

2.1.28 Avaliação negativa de outros **(2.1.28-P/FPPBS_Inic_AvalNegOutros)**

A percepção de avaliação (negativa ou diferente da reação pre-excesso de peso) por parte dos outros significativos devido ao excesso de peso como fator motivador para o início da PPBS (Por ex.; “A não ser em casa. Às vezes a avó, a tia me diziam que estava mais gorda, não sei quê, mas pronto, é aquelas coisas.”P7; “Pronto, o que mudou em mim foi as pessoas, portanto as pessoas não me diziam directamente que eu estava [excessivamente gorda], não é, mas eu dava conta que as pessoas ficavam um bocado, como é que eu hei-de dizer, espantadas quando me encontravam, porque realmente eu tava completamente diferente da pessoa que era, não é, e pronto foi isso...”)

2.1.29 Não misturar alimentos **(2.1.29-P/FPPBS_Inic_ÑMistAlim)** (por ex., “o cuidado de não misturar alimentos”; “se tinha que comer um pão, só comia ou com queijo ou com fiambre e não comia com manteiga junto”)

2.1.30 Jantar mais cedo **(2.1.30-P/FPPBS_Inic_JantarCedo)** Começar a jantar mais cedo para diminuir o impacto da refeição na noite. (Por ex. “sentava-me para comer às nove e meia da noite (...)E então aprendi que tinha que comer mais cedo”; “a ver se mais ou menos a partir das oito e meia jantava e não às nove e meia e muitas vezes há um quarto para as dez, que era quando tinha...as crianças a dormir”)

2.1.32 Motivação após resultado **(2.1.32 - P/FPPBS_Inic_Motivação):** expressão de motivação após um comportamento/resultado percebido como bem-sucedido no início da perda de peso (ex., “ter algum sucesso a emagrecer e eu comecei a fazer, comecei-me a entusiasmar”; “E... uma coisa que tornou também que não fosse difícil foi que foi tão imediato o, o resultado... que isso é... hum... gratificante e incrementador...”; “E realmente no primeiro mês sei que perdi 3 ou 4 kg, se calhar foi isso que também me começou a motivar para continuar”; “Vê logo muito resultado e é ótimo”; “desde que começamos a perder, começasse a ter muita vontade de o fazer.”; “Vai á balança, vê que está a perder é, é uma

maravilha.”; “foi um passo ótimo, foi ... Afinal é possível controlar isto, afinal é possível perder 16 quilos ”; “comecei a perder o peso e...fiquei...à medida que ia perdendo o peso fiquei...fiquei radiante e...e continuei sempre...sempre”AB36; “a gente ir à loja e ver...comprar...diminuir os números...é, para mim é, foi importante, não sei.” AB36; “E quando eu comecei a ver resultados desta vez, depois tudo é muito mais fácil, não é?”; “se uma pessoa vê resultados acho que uma pessoa fica bem, contente e isso só dá mais vontade de as pessoas continuarem,”; “Portanto, às vezes, eu ia a consulta e não perdia tanto peso mas, por exemplo, diminuía, uma vez que diminuía mais de peso e depois da próxima vez que ia diminuía mais de volume...como que o organismo contrabalançava...mas o Índice de Massa Corporal ia descendo e portanto, isso era bom, havia sempre qualquer coisa que diminuía”; ““É bom, é muito bom”; “nós vemos que o peso está a desaparecer [vemos que a roupa está a alargar] que nos estamos a sentir muito melhor e que principalmente a uma semana assim que no dia em que eu saí do hospital, uma semana depois de ser operado deixei logo de tomar a insulina e passados um mês deixei de tomar comprimidos para os diabetes.”; ““Consoante ia perdendo peso, ia-me sentido cada vez melhor”P17; “olha que bom desceu e continua a descer, depois também é agradável, nos começamos a sentir melhor”P15)

2.1.33 Comer mais devagar **(2.1.33 - P/FPPBS_Inic_ComerDevagar)**: começar a comer mais devagar (ex., “eu comecei a comer mais devagar”)

2.1.34 Alimentação muito variada **(2.1.34 - P/FPPBS_Inic_AlimentaçãoVariada)**: fazer uma alimentação muito variada, comendo de tudo (“comer de tudo”, “não deixar o organismo sentir falta de alimento nenhum”; “não impedirem as pessoas de comerem um pouco de tudo, não é, portanto comer um pouco de carne, peixe, de hidratos de carbono, portanto tudo, tudo da roda dos alimentos”; “uma pessoa pode comer de tudo,”; “Eu dá-me a ideia que ao fim e ao cabo[o regime que fiz] foi nunca deixando de comer aquilo que já comia.)

2.1.35 Comer em pratos pequenos **(2.1.35 - P/FPPBS_Inic_PratoPeq)**: começar a comer em pratos mais pequenos do que os normalmente

usados nas refeições principais (Ex., “em vez de comer um prato normal só um bocadinho (...), porque era muito psicológico, se eu via só um bocadinho num prato grande, ia ficar com fome, então ensinou-me a comer num prato pequenino na mesma quantidade, eu dava-me a sensação que o prato estava cheio e ficava satisfeita”)

- 2.1.36 Perceção de roupa mais folgada **(2.1.36 - P/FPPBS_Inic_RoupaFolgada)**: perceção de que a roupa estava a ficar mais folgada, a servir, ou mesmo larga e a necessitar de aperto (ex., “a ver que já a roupa me estava a servir, já começava a conseguir abotoar melhor as coisas e comecei assim”; “É o começar a vestir coisas que já não conseguia vestir, é sempre agradável.”; “Sei que perdi porque... é visível, no aspecto de calças e a roupa e etc.”; “nós vemos que o peso está a desaparecer vemos que a roupa está a alargar”)
- 2.1.37 Valorização externa **(2.1.37 - P/FPPBS_Inic_ValorExt)**: Expectativa de obter valorização por parte de outra pessoa ou perceção de que as pessoas à volta valorizam/elogiam a perda de peso e/ou a felicidade (emoção positiva) como consequência destes comentários/apreciação (ex., “se as pessoas me diziam assim: “É pá, estás mais magra!”, ficava mais contente, dava mais vontade de ir mais além”; “toda a gente começa a dizer, ah mas tá muito melhor, tá muito mais magra,”; “, e as pessoas. Ah é bom, sentimo-nos melhor”; “as pessoas começam a dizer. Ah mas está muito melhor, não sei quê, está muito mais magra, já se nota a diferença, sei lá, é todos, e todo uma série de estímulos exteriores que também nos ajudam a, avançar”; “o que têm transmitido... pronto e as pessoas a alegria que me dão. (...) Pronto e reconhecerem-me. Vêm-me na rua e *Pedro quantos quilos, como é, quantos quilos é que já perdeste?* Estão sempre preocupados.”M3)
- 2.1.38 Autoestima **(2.1.38 - P/FPPBS_Inic_Autoestima)**: avaliação positiva do próprio, expressa nas crenças, opiniões, atitudes e sentimentos sobre o seu valor; self-worth (ex., “Comecei a levantar a minha autoestima”; “Começar a pensar um bocadinho em mim.”; “Por causa, por mim.”); “e fez-me sentir muito valorizada por se interessar por mim.”; “confiança em mim,”)
- 2.1.39 Autoimagem corporal **(2.1.39 - P/FPPBS_Inic_AiCorporal)**: auto-perceção e atitudes relacionadas com o corpo/aparencia

2.1.39.1 Avaliação positiva /Satisfação com o corpo **(2.1.39.1 - P/FPPBS_Inic_AiCorporal_Satisfação)** Satisfação com o corpo e avaliação positiva do mesmo. (ex., “e comecei a sentir-me, a olhar melhor ao espelho”; “, gosto de me olhar ao espelho, já houve uma altura em que eu nem podia ver espelhos”; “Pronto e também é como eu me vejo bem é assim com certo, também com certo peso...”; “Ah, pois ganhei, pois então eu comecei a gostar mais de me ver, não é? Conforme ia perdendo peso, comecei a achar que realmente que valia a pena, continuar a fazer aquela dieta”; “o estômago já não tá, porque estava muito saliente, percebe, e não sei quê, tudo isso começou a desaparecer”)

2.1.39.2 Avaliação negativa do corpo /insatisfação com corpo **(2.1.39.2 - P/FPPBS_Inic_AiCorporal_Insatisfação)** Insatisfação com o corpo, no todo ou parte, devido ao excesso de peso influenciando o processo de início da PPBS (Por ex. “às vezes eu deixo as coisas um bocado...relaxar em certas coisas, mas quando eu me vejo noventa e cinco quilos e já começava”; “Eu estava muito triste de estar tão gorda”; “foi não só o facto de também já não gostar muito de me ver assim tão cheinha”; “Eu já me tava a sentir incomodada, esteticamente incomodava-me porque percebe, a parte onde se notava bastante mais era a nível do estômago, sabe estava aqui com uns papos, que me desagradava.”; “, eu no fundo, eu não gostava mas é evidente que eu não falava disto abertamente”; “eu estava excessivamente gorda”; “Então, deixei de ir à praia, já não gostava de ir à praia, já não gostava de me ver ao espelho, resolvi que tinha que perder peso.”; “já não ia à praia. Estava fora de questão expor a minha figura na praia. Ver-me ao espelho também, já não podia ver-me ao espelho e achava que era um monstrozinho (risos), eu achava-me um monstro e então tinha que perder peso”)

2.1.39.3 Desejar uma auto imagem / aparência positiva **(2.1.39.3 - P/FPPBS_Inic_AiCorporal_DesejarPos)** Desejar uma determinada representação (auto imagem percebida) positiva do

corpo como fator de início da PPBS (Por ex. “Pá também gosto de ter uma aparência mais, pronto mais bonita, não é?”)

- 2.1.40 Exceção Controlada (**2.1.40 - P/FPPBS_Inic_ExcContol**) Satisfação do desejo/impulso de comer algo calórico/fora da norma de uma forma controlada (controlando o afeto negativo que surge da não satisfação e promovendo um afeto positivo da satisfação do impulso controlado). Controlo da quantidade e frequência da utilização da estratégia; ocorrência excepcional (é a exceção e não a regra) estratégia de autorregulação (diferente de “Lapse”: Falha na autorregulação; diferente de adaptação e flexibilidade que é a regra adaptada e não a exceção) (Por ex. “eu também geralmente não fumo mas às vezes como já fui fumador, estou assim uma semana a fumar então utilizo o mesmo principio, ok isto é uma batota mas depois vou parar.”; “chegava a uma pastelaria ou estava a trabalhar e apetecia-me comer um bolo então procurava aquelas pastelarias que tinham bolos miniaturas, para comer tipo um pastel de nata em miniatura e aquilo a pessoa no fundo perde a vontade doida de comer aquele pastel de nata porque o comeu mas não está a comer o maior”; “de vez em quando, pronto quando me sentia com um bocado mais de fome, fazia assim uma batotazinha, porque acho que a batota equilibra as coisas.”; “não quer dizer que de vez em quando não faça (...)porque isso, se estivesse a dizer isso era, era mentira, mas pronto as coisas não é totalmente, totalmente ao... totalmente e aí é que me tem ajudado”; “Se te apetecer, é o que ele me diz – Se te apetecer beber uma coca-cola, não deixes de a beber, não faças é isso todos os dias.”; “Agora como e depois retorno à minha vidinha com a mesma alegria que tinha dantes, com que comi aquele pitéuzinho mas a coisa continua na mesma.”; “Mas eu também acho que uma pessoa se tiver mesmo, mesmo, mesmo muita vontade... Se não comer, eu acho mal. Eu acho que, às vezes, há que ceder a um peccadinho e não me fez mal nenhum”; “E se uma pessoa abusar numa refeição, não quer dizer que tenha de abusar em todas”; “Porque acho que uma pessoa estar ali a fazer um sofrimento porque não pode, quer e não pode e quer, acho que aí em termos de Psicologia acho que...é fundamental, entra, não dá, a pessoa não consegue. E depois outra coisa é não vale a pena comer outra coisa para substituir aquilo

que realmente queremos comer, porque queremos comer outra coisa e não vamos comer. É pior. Acho que se a pessoa tem vontade de comer um chocolate, de comer um gelado, comer qualquer coisa, comer. Pronto, assumo e no outro dia não come e continua, faz as refeições todas normais, comeu aquilo, tudo bem, não é por aí, se o organismo já está.”; “Eu comia, fazia as refeições normais e no outro dia fazia o que tinha que fazer normal, não ia era estar todos os dias a comer, mas acho que é fundamental até porque se a pessoa comer quando lhe dá vontade, a pessoa esquecesse. Não tem necessidade.”; “E eu não tinha necessidades, quando me apetece como”EA5; “E vamos supor por exemplo, nunca mais na vida eu misturei, nunca mais se me apetecer mesmo, como quer dizer.”EA6; “sentir aquele gosto na boca, seja da bolacha seja do chocolate seja...no fundo, é quase o suficiente a mesma coisa, a pessoa só dá duas passas no cigarro e apagá-la, é aquela necessidade imediata, porque realmente aquilo depois passa. Se a pessoa não come nada, fica realmente desesperada que só quer comer aquilo.”EA6; “[Eu com... eu comia muita porcari... muitos bolos, muitos açúcares,] e decidi que, a partir de agora só como um por semana.”M8)

- 2.1.41 Mudança de etapa **(2.1.41 - P/FPPBS_Inic_MudEtapa)**: Mudança de etapa de vida que conduz ao início da PPBS (ex., “Comecei a pensar que já estava a passar uma etapa lá para o outro lado ou começava a pensar em mim nessa altura ou então já não valia a pena porque depois já era tarde demais”; “Bem de todas as pressões e mais alguma, até porque estou quase a aproximar-me dos cinquenta e da menopausa, ou paro agora e volto outra vez a, a emagrecer”; “Porque houve um esforço grande da minha parte e por perceber que... que, que tinha que mudar e eu tinha que pensar que já não era criança nenhuma porque uma coisa era quando eu tinha 20 anos, e agora tenho mais 20 e depois a partir daqui as coisas complicam-se”; “Hum, por acaso isso aconteceu-me até quando eu acabei o curso, e voltei pra Lisboa, ou já o tava a acabar; tive mais um tempo aqui em Lisboa e fui-me apercebendo que... Se calhar depois de passar a brincadeira e os disparates, uma pessoa tá um bocado sozinha e apercebe-se que, que já não tá assim tão bem, como pensava (risos).” “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... e o meu estado de imaturidade era muito grande e eu não tinha maturidade para fazer um processo destes antes. Sim.”; “de facto 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 em Dezembro de 2009, portanto um mês antes de [eu me aperceber que estava com 96 quilos e ter começado de facto a lutar contra isso]”).

2.1.43 Motivação para a competência/capacidade **(2.1.43 - P/FPPBS_Inic_MotivCompetência)**: expressão de motivação para demonstrar competência/capacidade em aspetos pertinentes no processo da perda de peso (ex., “O querer provar que realmente eu também sou capaz de alcançar aquilo que eu gostava”; “A motivação é assim, eu quando, pronto, derivado dos desportos que eu pratico as artes marciais há sempre um certo autoaperfeiçoamento ou seja, nós sabemos que hoje fazemos determinado exercício vai ser difícil, repetimos, repetimos, repetimos, repetimos, repetimos até atingirmos o, digamos a perfeição não existe, não é, mas aquela grau da curva...(risos)...em que está lá perto.”)

2.1.44 Necessidade de autodeterminação **(2.1.44 - P/FPPBS_Inic_NecessADeterminação)**: necessidade de ter um locus de causalidade interno e de ter a experiência de escolha no início do processo de PPBS; poderá envolver a libertação de constrangimentos externos que impeçam a sua autonomia

2.1.44.1 Autonomia **(2.1.44.1 - P/FPPBS_Inic_NecessADeterminação_Autonomia)**

Regulação intrínseca pelo self, independentemente do controlo de outro ou da influencia de estímulos / pressões extrenas (exemplo punição, recompensa); autenticidade; direcção/escolha

2.1.44.1.1 Flexibilidade e adaptação comportamento alimentar

(2.1.44.1.1 -

P/FPPBS_Inic_NecessADeterminação_Autonomia

_Flexibilidade) capacidade de flexibilizar e adaptar as recomendações feitas por um clinico, por exemplo

nutricionais, às necessidades pessoais de ingestão de comida, com o objetivo de se identificar com o processo de perda de peso (e desta forma concretizá-lo); transformar uma regra recomendada numa nova regra que integre melhor as necessidades / gostos pessoais (ex., “a Teresa sempre me aconselhou a não beber água a partir das seis da tarde, eu não consigo, eu preciso de beber água até me deitar”; “eu próprio ia equilibrando com mais uma coisa, mais outra porque senão não tinha chegado facilmente praí aos sessenta e oito”; “Tens isto para comer, divides como queres durante o teu dia, se te apetecer, pá come.”EA5; “E o adaptarmos as coisas ao nosso organismo,”; “Vão tendo que ser feitas, vão ter que se fazer alguns ajustes conforme”; “a base foi dada no início, foi a grande mudança...e depois foram feitos pequenos ajustes conforme, ou os dias intensos ou menos intensos, ou se é inverno ou se é verão, ou se são os horários mais malucos ou mais normais”; “Por isso eu acho que, é pá quer comer, como. Come menos, come primeiro o prato e come depois as outras coisas para aquilo já lá estar uma camadinha, come mais sopa ou menos sopa...arranja estratégias individuais para isso.”; “mesmo assim tomo sempre o meu copo de leite antes de me deitar, coisa que elas me queriam retirar mas é uma coisa que tomo, eu não consigo adormecer sem leite, é uma coisa de bebés, o meu copo de leite com chocolate é horrível de dizer mas é verdade”; “mandou-me comer queijo fresco magro mas eu muito honestamente não gosto. Aquilo é uma coisa parece que estou a comer um bocado de borracha, então eu como pouco gordo, pouco gordo, o magro eu não, não, mas é o que eu faço.”; “Com manteiga magra sem sal mas que eu agora alterei um bocadinho a ver se, não sei agora fui para a Becel...”;

“É assim, a doutora punha-me aqui um queijo fresco, hum? E vegetais, fruta, não é? (...) E eu como também vou mais para, como realmente o queijo fresco e como sopinha (...) Às vezes como uma fruta, outras vezes não como.”; “E além... e diga-se que eu nunca levo comida para o trabalho, nunca levo comida para fora de casa, eu vou adaptando a minha forma de comer às situações.”; “Mas isso depois voltei a integrar na alimentação normalmente.”; “Há dias que, que co, que como... Ou como mais ou como alguma coisa que, que não está na dieta ou, ou que como alguma coisa diferente”; “Isso foi uma coisa que eu nunca fiz. Hum, houve mais... por exemplo, queijo flamengo, dizia pra comer magro, não como, tentei, odiei. Manteiga magra também não consigo, é horrível e sabe a margarina.”; “logicamente de vez em quando também como outras coisas, não é 100%,”; “depois aumentei para duas...pronto, isto sendo gradual também”; ““É assim não tens que fazer dieta, a todas as refeições uma dieta rigorosa. Tu tens é que equilibrar a tua alimentação do dia, não é?”, porque se uma pessoa abusou ao almoço e não abusar ao jantar as coisas mais ou menos se compõem”; “[cumpro aquilo que está estipulado pela parte nutricional] (...) não quer dizer que de vez em quando não faça (...) porque isso, se estivesse a dizer isso era, era mentira, mas pronto as coisas não é totalmente, totalmente ao... totalmente e aí é que me tem ajudado.”M3)

- 2.1.44.1.2 Valorização da possibilidade de poder escolher
(2.1.44.1.2 - P/FPPBS_Inic_NecessADeterminação_Autonomia_ValorEscolha) Valorização da existência de várias opções e da possibilidade de fazer uma escolha personalizada. (por ex: “[eu comia igual todas as

refeições. Eu não tinha opção. E isso era muito mau.] (...) [É a história dos cozidos e grelhados, não é?] (...)Aquele, como a doutora já viu, da dieta alimentar,[da dr^a T. Heredia] é um pequeno-almoço de cada vez, pode ser o pão, pode ser bolachas de água e sal, portanto pode ser tostas...portanto uma pessoa tem opções, não é?”(P19); “porque acho mal muitos nutricionistas imporem: “Quando vier cá tem que ter não sei quantos quilos.” Eu acho que isso em termos de psicológicos é uma coisa que afeta as pessoas a pensarem assim: “Se eu não perdi o que é que eu vou lá fazer? Então não vou lá, não fiz aquilo que ele quer.” Mete muitas barreiras nesse sentido”EA5; “Ah...senti um bocadinho como talvez uma perda de liberdade...pronto.”EA6)

2.1.44.1.3 Afirmação do eu **(2.1.44.1.3 - P/FPBS_Inic_NecessADeterminação_Autonomia_AfirmEu)** Necessidade de afirmação daquilo que a pessoa quer, da sua vontade, do que é e lhe faz sentido. (ex., “A vontade de mostrar aos outros que as coisas não é como eles pensam”; ““Não, pensas assim mas está errado porque aqui também está alguém que sente, que é gente, que se nasceu é porque se tem um lugar cá neste mundo e não é bem como tu dizes.””; “Pera, chega! Não é como tu dizes e como eu quero!”; “Mas tenho que pensar, lá volto à mesma questão, temos que pensar que temos que ser nós a mandar em nós.”; “[passei a comer mais lentamente, a saborear, a degustar a comida na boca e aprimorei-me a cozinhar porque... deixando de comer aquelas coisas que eu imaginava que eram as únicas que eram satisfatórias com hidratos de carbono, com as feijoadas, bem essas coisas todas, as ..., os purés de batata, bem essas coisas todas], deixando de comer isso por opção, absolutamente

consciente... hum... prazerosa, nada obrigada. Nunca fiz nada neste processo todo obrigada, Nunca fiz nada neste processo todo obrigada, sabe? Nada (...) Fiz sempre tudo de livre vontade, com muita consciência, com muita elaboração mental...”(M4); “Nesse aspecto não porque eu sempre fui muito casmurro, ou seja, é pela minha vontade, é por aquilo que eu quero.”; “Os outros, não. Isso pelos outros eu não mudo. Mudo por mim.”; “Mas tenho que pensar, lá volto à mesma questão, temos que pensar que temos que ser nós a mandar em nós.”M3; “porque de resto não há dúvida que... mas principalmente a mudança teve que ser eu, não foi mais ninguém.”M3)

2.1.45 Motivação intrínseca para mudar **(2.1.45 - P/FPPBS_Inic_MotivIntrinsMudar)**: motivação gerada internamente como desencadeadora do início da PPBS (ex., “isto de eu querer mudar”, “a minha parte interior, o meu eu, a minha vontade, foi mesmo eu,” “Sei lá, decidi meter mãos à obra e comecei”; “este esforço agora é feito sem...sem, sem, desculpe mas entre aspas, a operação ou sem a ajuda das dores ou sem a ajuda seja do que for, não é? Portanto agora já sou eu a dizer: “o querer ser uma pessoa diferente ... o querer libertar-me de imensas coisas às quais estava amarrada.”; “E querer ter comigo uma relação diferente. Sobretudo, sobretudo querer ter comigo uma relação diferente.”; “Porque tive que perder e quis perder. E fiz por isso.”; “Motivação (...) Tem, tem que se... Sim! Tem que se tar muito motivado. Não é fácil.”; “mas eu já tava motivada com perder peso”; “Eu tinha a vontade de mudar, eu tinha a vontade de fazer.”; “foi só uma vontade mesmo de dizer, bem é agora que isto tem”; “foi a vontade de perder peso, aaa que já vinha, mas que não tomava a iniciativa”; “A sério foi esta que eu, é como lhe digo, meti na cabeça que era mesmo a sério”; “Não, mudança não porque eu sempre, como eu lhe disse, sentia vontade em, em perder peso.”; “Eu acho que o factor que mais contribuiu foi ao nível da determinação”; “acho que o factor preponderante foi mesmo a motivação,”; “O entusiasmo era muito grande...”)

2.1.47 Cozinhar melhor **(2.1.47 - P/FPPBS_Inic_CozMelhor)** Começar a cozinhar de forma mais elaborada os ingredientes da dieta de forma a tirar mais prazer da alimentação. (Por ex. “e aprimorei-me a cozinhar porque... deixando de comer aquelas coisas que eu imaginava que eram as únicas que eram satisfatórias”; “porque sempre gostei muito de cozinhar, fui à procura de receitas que fossem simultaneamente prazerosas, porque percebi que as dietas dos nutricionistas são extraordinariamente pobres...”; “Então eu fui à procura de receituário gastronómico onde o prazer estivesse todo, até pudesse ser redobrado... e... hum... reduzir ao mínimo o número de calorias. E encontrei e passei a cozinhar assim.”; “Eu cozinho intelectualmente”M4; “[Também me, isso também me ensinou a perceber e a tomar consciência que se eu comesse uma feijoada tinha muito mais rapidamente fome] do que se eu comesse uma grande, um grande prato de legumes condimentadíssimos... hum... sofisticadíssimos na forma de confeccionar”M4)

2.1.48 Tolerância ao Distress **(2.1.48 - P/FPPBS_Inic_TolDistress)** Capacidade para tolerar/ suportar a uma experiência de desconforto/sofrimento relacionada com a ingestão de comida.

2.1.48.1 Tolerância a uma situação desagradável sem especificação **(2.1.48.1 - P/FPPBS_Inic_TolDistress_S/Esp)** Tolerância a uma situação desagradável sem especificação **(2.1.48.1 - P/FPPBS_Inic_TolDistress_S/Esp)** Capacidade para tolerar/ suportar a uma experiência de desconforto/sofrimento (sem especificação) no processo de perda de peso. (Por ex. “sempre a pensar que não podia comer aquilo tudo que queria”; “O que me custou mais foi que a dieta implicava, ao contrário do que muita gente pensa, deixar de beber muita água”; “Cortar a água é...não é, não é fácil”; “É difícil. Se estivesse a dizer que era fácil, não é. Não é fácil.”; “Porque no início custou, sim, chorei bastante no início.”; “Claro que não pensei que fosse tão rigoroso, de maneira nenhuma, eu não sabia, não, não tinha noção nenhuma”; “Foi complicada, ao início, mas depois foi...”; “obviamente no início da dieta, eu andava mais insuportável, lá tá tava a chorar, odiava que eles pudessem

comer aquelas coisas à minha frente,”; “o que é, custa-me muito”; “Portanto, o esforço que eu fiz foi logo bastante da primeira para a segunda consulta, não é?”; “Os primeiros dias é que foram mais complicados”; “para mim aquilo era remédio mas eu tomava”; “Quando se começa a comer por inteiro é horrível.”; “Há ali alturas em que o peso pára e parece que nada desce, isso é um bocadinho”EA6 “Ao princípio tive de mudar mais do que tenho...do que faço hoje em dia (...) ao princípio houve mais essa noção de...crer fazer qualquer coisa que não pude fazer, eu hoje em dia já não tenho essa...”P23)

2.1.48.2 Tolerância à sensação de fome **(2.1.48.2 - P/FPPBS_Inic_TolDistress_Fome)** Capacidade para tolerar/suportar a sensação (Fisiológica ou psicológica) de fome (Por ex. “[Olhe doutora, comia até ficar cheia. E agora não,] eu como e fico é com fome à mesma. (risos) Fico, fico. Fico com vontade de comer.”; “por exemplo, eu acabava de comer e achava que não estava satisfeita se não comesse um doce e eu tive que tirar isso tudo”; “O que era mais difícil cumprir na dieta... hum... as quantidades.”; “mas o que me custou mais acho que foi mesmo a quantidade.”; “Comida e o hábito que eu tinha, porque ainda hoje é das coisas que eu mais gosto de fazer, é comer... hum... e... não, não tenho a liberdade de, de, em termos de alimentação que tinha antes. É principalmente.”AB34; “realmente deixar de comer as coisas...que se ciliar gostava”AB36; “uma pessoa reduzir, se comer muito ou habituar o organismo a comer aquelas horas e comer aquelas quantidades...”EA5; “porque comia quando estava aborrecida, estava ansiosa, um doce e que me acalmou, chegaram mesmo a dizer que eu era um género de viciada no açúcar, ou seja, portanto há uma subida rápida de açúcar, que era totalmente viciada nisso...ah portanto eu isso melhorei”EA6; “Tornou a ser um pouco difícil quando os meus filhos começaram a ficar mais crescidos, neste momento já têm seis e oito, já vão fazer sete e nove. Eles também começaram a ter bolachas em casa e batata frita e aí de forma a não entrar então em casa nós temos que, não é dizer: “Eu ando à procura

de alguma coisa para comer em casa”, que parece autenticamente um dependente, a quer comer qualquer coisa, não qualquer coisa de (...)Doces ou...ainda por cima eu gosto de bolachas ou com chocolate, imagine...tudo, tudo, tudo péssimo, não era bolachas de água e sal não me apetecia nada comprar aquilo, né? Pronto. Tudo, tudo errado, não é?”EA6; ” senti-me privada mais das coisas...comer tudo o que apetecia à hora que me apetecia”EA6)

- 2.1.50 Mudar significados atribuídos aos alimentos **(2.1.50 - P/FPPBS_Inic_MudSigAlimentos)** Mudar atribuições de prazer ou desprazer a certos alimentos facilitando uma nova experiência ao comê-los. (Por ex: “Hum... aprendi a encontrar... nesse tipo de alimentos o mesmo prazer que encontrava nos outros. Qual é que foi o segredo? Não me sentir infeliz quando como uns e não como os outros.”; “Só de pensar em comer a salada já me sinto a mulher mais miserável (...)... do mundo, porque se não fosse gorda e não tivesse tendência para engordar, eu estaria era a comer o, o frango de fricassé da Júlia.”; “Foi outra coisa também muito importante neste processo todo que foi transferir o prazer que me dava comer (...) transferir o prazer que sinto, que sinto ao comer esse pitéu para uma salada.”);
- 2.1.52 Exercício físico para mudar outros comportamentos **(2.1.52 - P/FPPBS_Inic_ExFisOutrosComp)** Mudança de comportamentos variados (por exemplo diminuição do consumo de álcool) que promovem perda de peso cuja implementação é facilitada pela prática de exercício físico. (Por Ex. “[Agora por exemplo, o álcool foi cortado], como eu disse, como estava a fazer exercício físico não era muito difícil (risos) se tivesse assim um bocado parado, não é? Enfim gosto de beber um bom vinho à refeição e isso tudo. Já seria mais difícil.”)
- 2.1.53 Adaptação fisiológica à redução alimentar **(2.1.53 - P/FPPBS_Inic_AdaptFisRedAlim)** Adaptação ou alteração fisiológica/muscular resultante da redução alimentar e que facilitou a PPBS. (Por Ex. “que tenho o estômago um bocado largo de comer doses grandes mas agora no espaço de pouco tempo foi baixando. Mas o que eu reparei depois é que também o estômago é um músculo e habitua-se”; “fazer o estômago não pedir tanta comida, porque o

estômago habitua-se não é?"; "Não quer dizer que aqueles 10 dias não tenham sido fundamentais numa reeducação do pâncreas..."; "... para, para o pâncreas... hum... não lançar quantidades de insulina tão grandes para combater as quantidades de hidratos de carbono que eram ingeridas, tornando o pâncreas menos reactivo aos hidratos de carbono, e isso foi um processo de reeducação."; "[Pus a banda] ... tinha dois anos resultou muito bem. Eu atingi sessenta e poucos, eu não tinha já certeza quantos quilos eu tinha quando comecei a ter o problema mas devia ter sessenta e tal. E nessa altura...cada vez perdia mais. Aliás eu nem tinha fome, eu era capaz de passar um dia inteiro sem comer e nunca ter vontade de comer"; "eu tinha deixado de comer. Eu tinha era praticamente deixado de comer")

2.1.54 Consequências negativas observadas noutros **(2.1.54 - P/FPPBS_Inic_ConsNegNoutros)** Perceção das consequências negativas (de natureza díspar) noutras pessoas. (Por ex. "começava porque eu tenho amigos que deixaram de praticar a mesma modalidade e chegaram aos cem, cento e tal, mais ou menos com a mesma estatura que eu."; "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"; "Porque eu não, não queria ficar como as pessoas ficam lá dentro, hum, e com diabetes e perder membros"; "o livro, aquele senhor britânico, o Jamie Olivier (...)Ele fez, ele fez o programa na televisão, já há alguns anos (pausa), hum, que mostrava algumas coisas, algumas explicações e a própria dissecação do, de cadáveres com, com obesos"; "Porque se eu tivesse a fazer, se eu tivesse a fazer este tratamento, se não tivesse isso para o hospital, e se eu não tivesse visto algumas coisas, eu provavelmente não tinha, não tinha tar a pensar de outra maneira. Não é?"; "Mas basta uma pessoa ir, (pausa), basta ver o que, o que, o... basta as pessoas virem... ou, ou seja, di, disserem, mas às vezes não basta, basta a gente ver para querer, não é?")

2.1.56 Auto-monitorização **(2.1.56 - P/FPPBS_Inic_AutoMonitorização)** Auto-monitorização de peso, forma corporal ou comportamentos com impacto na PPBS. (Por Ex." E isto de uma pessoa ter que andar sempre com atenção"; "2010. E aí nessa altura é que...e muito pelo choque de

estar ali a 4 quilos dos 100,”; “Eu comecei com 105.9... hum... no dia 11 de Janeiro; dia 24 de Janeiro já estava com 102.1; dia 14 de Fevereiro estava com 98.7; dia 1 de Março com 96.3; dia 21 de Março com 94.3; dia, por exemplo, dia 13 do 5 com 91.4... hum... e a partir daí mantive-me estável.”; “A última vez que eu tenho uma medição é dia 5 do 7 de 90.6.”; “hum... perdi na altura cerca de 15 quilos. Entretanto já ganhei 3. Hum... no espaço de, ora... no espaço de 8 meses ganhei 3 quilos.”; “E depois a partir daí comecei a engordar, engordar, engordar quando dei por mim...disse: “Ah meu Deus, já peso...”, já pesava à volta de sessenta e oito ou...andava ali”; “Só tem é que ir controlando... Eu fui controlando o meu peso”; “Depois também ganhei o hábito de me pesar sempre ao sábado de manhã”; “E lembrome de, de ter peso e aí eu reparei que já tinha só, já tinha só quer dizer... (risos) tinha cento e doze.”; “Portanto eu aí vi, já perdi mesmo assim”; “e o peso aí... atingiu, digamos assim, valores que nunca tinha atingido antes.”; “também só me pesava aí de 15 em 15 dias”; “Depois em Janeiro, pesava 96 quilos, e no espaço de dois meses fui...perdi 16 quilos e depois ainda cheguei a pesar 78 quilos, mas fiquei sempre a partir dai e até hoje fiquei ali sempre a volta dos 80 quilos.”; “Só tem é que ir controlando... Eu fui controlando o meu peso,”; “e dizia: “Pronto, agora já comeste de certeza imensas calorias, estás satisfeita.””EA6)

- 2.1.58 Tempo livre **(2.1.58 - P/FPPBS_Inic_TempoDisp)** Ter tempo disponível para poder fazer as atividades necessárias à redução de peso como exercício, ou fazer as refeições dentro dos horários (Por ex. “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”, “entretanto eu fui reformada, ou seja, eu por estar também em casa talvez também controle um bocadinho não é? Uma pessoa a trabalhar não tem aqueles cuidados, aquelas horas, não é? Não é?”; “na altura tinha pouco trabalho e podia...”)
- 2.1.59 Época do ano **(2.1.59 - P/FPPBS_Inic_EpocaAno)** Escolha do momento para iniciar a PPBS em função da época do ano. (Por ex. “eu escolhi começar na Primavera porque, porque sei que suo mais no

Verão do que no Inverno então ao suar estou a perder peso portanto foi uma coisa mais ou menos planeada”; “acho que foi uma altura boa, aquilo foi na altura de Maio, que é altura em que começa mais ou menos o Verão, acho que é mais fácil as pessoas conseguirem começar e a habituar o organismo, porque é Verão, as pessoas têm menos necessidades, estão mais ocupadas, estão mais alegres, não é? O calor, não sei quê... As pessoas têm outra pré-disposição para fazer as coisas, acho que é mais fácil para as pessoas começarem a arrancar com uma coisa destas, para começar o organismo a habituar-se e depois no Inverno, eu acho que é muito mais difícil nós controlarmos o nosso peso e perdermos peso no Inverno...”; “É muito mais difícil até manter, para mim é o que me custa mais manter e tudo mais, porque as pessoas estão mais em casa, saem menos, está frio não sei quê e come-se mais e no Verão habituar o organismo depois de Inverno é tudo mais fácil, a meu ver.” EA5)

- 2.1.60 Dividir as porções **(2.1.60 - P/FPBS_Inic_DividirPorções)** Dividir as porções em quantidades menores para criar a sensação de estar a comer mais. (Por ex. “para eu comer uma metade de um pão e o que é que eu fazia, cortava uma carcaça toda em fatias, tirava a metade, fazia torradas e punha um bocado de fiambre em cada fatia. Comi imenso!”; “Uma pessoa que quer comer, quer ver muita coisa...se só vir uma coisinha assim, acha que fica logo com fome”)
- 2.1.63 Impressionar parceiro afetivo-sexual **(2.1.63 - P/FPBS_Inic_ImpParcAmorosos)** Causar uma impressão positiva em parceiros afetivo-sexuais atuais ou em potenciais novos parceiros. (Por ex. “Pronto na altura também vivia com a minha namorada e queria um bocado impressioná-la mas também, também não é bem isso porque quando não temos namorada é que queremos estar mais bonitos para arranjar uma.”; “Foi na altura que o meu ex-marido foi para a Angola e eu achei que um dia que eu fosse lá visitá-lo tinha que ir mais magra.”; “Nem sequer se apercebeu que eu quando emagreci, quando me comecei a preparar foi para ver ele olhar para mim da maneira que eu o via olhar (...)Para fora.”)
- 2.1.65 Escolha ativa e informada de exercício físico **(2.1.65 - P/FPBS_Inic_EscExerFis)** Escolha ativa (i.e. por iniciativa do

próprio) do tipo de atividade física a praticar, depois de experimentar várias opções, com base em determinados critérios (saúde, prazer, resultados). (Por ex. “Prefiro fazer ao ar livre e se for para o ginásio acabo sempre por fazer ou aeróbica, se houver artes marciais vou fazer artes marciais mas ou aeróbicas ou aquela coisa do spinning ou que é, das bicicletas, prefiro aulas de grupo. Acho um bocado seca estar ali a levantar pesos.”, “Sozinho e não só, o tipo de exercícios é repetitivo e...enão só, acho que tudo bem o cárdio que é o correr acho que é útil agora estar a levantar pesos, por exemplos de amigos que eu tenho depois aquilo não só não é assim tão bom para a saúde a partir de certo limite como tira-me a elasticidade, tira-me uma série de qualidades que eu quero manter.”)

2.1.67 Focar na compensação **(2.1.67 - P/FPPBS_Inic_FocarResultEsper)**

Focar nos resultados esperados e respetivos beneficios associados como estratégia para ultrapassar o stress dos sacrificios da PPBS. (Por ex. “Ah achei que apesar disso depois ganhava noutros aspetos”; “. Eu costumo dizer que na altura, as dores também foram um aliado porque eu pensava que quanto mais, quanto menos peso eu tiver e mais eu cumprir isto, melhor vai ser para a minha coluna porque quanto menos peso eu tiver...portanto na altura, elas também, as dores infelizmente também foram um aliado para mim, não é?”EA6)

2.1.68 Aprendizagem **(2.1.68 - P/FPPBS_Inic_Aprendizagem)** Referencia à

aquisição de informação e implementação da aprendizagem feita acerca de ações relevantes para a PPBS. (Por ex.” portanto deu-me a formação necessária”; “Aprender a comer”; “portanto deu-me a formação necessária”; “por exemplo, [fazer refeições mais leves ao jantar,] a volta foi assim, o principal que eu tirei do que [a nutricionista disse]”; “E eu fui aprendendo algumas maneiras de contornar isso.”; “[se eu vir que estou a engordar um bocadinho mais, corto um bocadinho mais,] porque já aprendi muita coisa”; “E ela, pronto, então faz o que tu quiseres mas já sabes imenso sobre isto, porque as pessoas vão aprendendo,”; “Que vou apanhando umas coisas dali outras coisas de lá...”; “já tenho as bases e depois isso também é mais fácil de se fazer.”; “e eu penso e vejo isso por amigas minhas e pessoas com que eu falo, eu acho que é um aprender”; “mas ensinou-me mais ou menos

as quantidades corretas de um prato, por exemplo de arroz, de batata cozida...de...[que a pessoa não precisa de um bife enorme porque isso até é mau para o organismo, um bife muito mais pequeno já é o suficiente.] Portanto os tamanhos no fundo de um prato...ah, ou seja, comer de forma inteligente também para o nosso organismo, para a idade que temos, para uma pessoa que não faz desporto, não é?"; "Ah...aprendi [com a doutora] também a encontrar bolachas ou...que é às vezes difícil, mas aconselho a experimentar, coisas que não engordasse tanto, que eu olhasse para as calorias mas que gostasse."; "E, e portanto, lá está, como aprendi...ah, não obviamente com uma tabela de calorias, mas saber mais ou menos aquilo que eu faço de errado ao comer"; "Portanto já não é...tenho essa consciência. Eu aprendi"; "Também me, isso também me ensinou a perceber e a tomar consciência que se eu comesse uma feijoada tinha muito mais rapidamente fome do que se eu comesse uma grande, um grande prato de legumes condimentadíssimos... hum... [sofisticadíssimos na forma de confeccionar...]"; "[Eu cozinho intelectualmente.] E é verdade, então neste processo todo eu fui lendo muitas coisas que, que me foram dando sugestões."; "Porque, pra já, porque tudo aquilo que eu achava que era aceitável numa dieta não é. Comer uma quiche com salada não é dieta (risos), de maneira nenhuma; não é permitido nem ao almoço. É mesmo só uma vez por semana e, e eu não tinha noção e acho que a maior parte das pessoas não tem noção."; "eu neste momento sei perfeitamente o que é que tenho de fazer para emagrecer ou para engordar."; "Eu sei tudo o que é que se pode comer ou não de refeições. Tudo, tudo, tudo, tudo. É..."; "Claro que eu agora também aprendi que tudo tem calorias, menos a água. Até uma folha de alface tem calorias, portanto..."; "Saber o que é que está certo"; "hum... o que eu entretanto também aprendi foi... hum... [a importância da, de beber água]")

- 2.1.69 Objetivos sem prazo **(2.1.69 - P/FPPBS_Inic_ObjSemPrazo)** Definir objetivos de redução de peso, mas não estabelecer um prazo para atingi-los. (Por ex. "Não pôr objetivos de tempo para perder o peso, é uma coisa que leva o tempo que for preciso"; "[se eu tiver sem objetivo tipo

perder quinze quilos] em não sei em quanto tempo, não ponho um tempo”)

2.1.70 Dieta gerida pelo próprio **(2.1.70 - P/FPBS_Inic_DietaGeridaProp)**

Gestão da dieta e respetivas decisões assumidas pelo próprio, baseando-se nas próprias convicções acerca da perda de peso ou em informação recolhida junto de profissionais de saúde (Por ex. “Não, não, fui eu que decidi”, “acho que devem ouvir, as várias opiniões porque os nutricionistas não falam todos bem a mesma linguagem, o que é válido para um, não é necessariamente válido para outro, acho que devem apanhar e ver o que é que se adequa melhor ao seu organismo”; “depois eu quando comecei a fazer coisas por mim, perdi 16 quilos, em dois/três meses”; “decidi fazer sozinha. Decidi eu começar nas noções que eu tinha de alimentação”; “e depois eu quando comecei a fazer coisas por mim”)

2.1.72 Dificuldade em comprar roupa **(2.1.72 - P/FPBS_Inic_DifComprarRoupa)**

Encontrar dificuldades ao tentar comprar roupa, devido ao excesso de peso, constatar nos tamanhos da roupa que se está mais pesado, ou a roupa que tem de deixar de servir, como motivador para iniciar a PPBS. (Por ex. “! Ver as outras pessoas, principalmente as mulheres magras, elegantes e eu ir a uma loja, querer comprar uma roupa e não haver o meu número e eu gostar e não haver, aquilo também me incentivou a que eu perdesse peso.”; “já viu que está no limite, se continua a engordar daqui a nada, não tem calças desta marca, percebe.”; “Eu tinha uma dificuldade medonha para arranjar qualquer coisa (...)Os casacos eram muito largos, as calças tinham que ser muito largas.”; “cheguei a loja e andei à procura de vestidos e encontrei um vestido, comprei o vestido. Mas o vestido ficou à apertar e quando fui para ir buscar o vestido, o vestido já não me servia, ao fim de quinze dias.”; “ele tinha ficado para apertar...e as senhoras ficaram admiradas, disseram: “A senhora, não pode ser, nós não nos enganámos nas medidas, a senhora teve que engordar”, eu disse: “Olha é provável...então temos que alargar o vestido outra vez.”; “Eu não tinha noção só quando eu fui a segunda vez buscar o vestido e disse: “Mas eu não o levo para casa sem experimentar primeiro”, a senhora disse: “então vá ali ao gabinete e vá ali experimentar” e eu chamei e disse:

“Olhe, isso não me serve” (Silêncio) Foi quando eu disse: “Não!”, ela depois, arranjaram-mo, mandaram alargar e disse: “Ai não pode ser”, foi nessa altura que eu tomei a decisão.”)

- 2.1.85 Dia de comer livremente **(2.1.85 - P/FPPBS_Inic_DiaComerLivrentemente)** Existência de um dia em que podia comer o que quisesse, inclusivamente coisas que estavam limitadas na dieta, ou dia de um evento excepcional, como uma festa. (Por ex. “deixava-me ter um dia de pecado, [como ela designava.] Porque era um dia em que podia comer batatas fritas e comer bolos ou ir eventualmente a uma ocasião social qualquer coisa desse género”; “eu um dia por semana podia furar isso.”; “Há um dia que a gente pode abusar, (...) pronto porque eu fui a uma festa ou comi uma coisa que me apeteceu naquele dia, não é?”)
- 2.1.94 Massagens **(2.1.94 - P/FPPBS_Inic_Massagens)** Receber massagens para ajudar a PPBS (Por ex. “ando nas massagens, isso faço umas massagemzinhas...mas então tou a fazer umas massagens “; “também me ajudou a perder peso, foi as massagens que [a doutora viu que eu já tinha atingido...já tinha perdido...um certo peso...mandou-me pa, pa, pa...esteticista]”; “Fico muito quente e depois tomo lá um duche e sai, parece que saio mais magra. Agora, já fui lá a semana passada, já há duas ou três semanas que lá vou fazer isso...porque já estou a notar que estou a precisar um bocadinho”AB36)
- 2.1.95 Necessidade de estratégias complementares à cirurgia **(2.1.95 - P/FPPBS_Inic_NecEstratComCirurgia)** 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 (por exemplo a quantidade de comida ingerida) impostas pela cirurgia. (Por ex. “Porque a banda gástrica por si só, não ...[Ajuda, ajuda, porque mesmo que se queira fazer ou se comer ou que se queira comer num momento de frustração e queiras comer muito, muito, muito, consegues comer durante 30 segundos , um minuto e depois aquilo atinge o limite e vai fora, logo aí é um auxilio.] Só que depois tem que haver um complementar, porque isto como em tudo consegues arranjar maneiras de ultrapassar essa pequena limitação, ou seja, se em vez de comer sólidos beber líquidos”;

“Chegou uma altura em que percebi que o nível de diferença de comida por si só não iria fazer mais, então [comecei a praticar desporto.]”)

- 2.1.97 Resolução de outros problemas de saúde **(2.1.97 - P/FPPBS_Inic_ResProbSaude)** A resolução de outros problemas de saúde que levaram ao excesso de peso ou dificultavam a redução do peso. (Por ex. “também tinha a parte da tiroide que depois foi resolvida e que não ajudava em nada, não é?”)
- 2.1.104 Nascimento de filho **(2.1.104 - P/FPPBS_Inic_NascFilho)** Referencia ao nascimento de um filho como acontecimento que desencadeou o início da PPBS (Por ex: “Tive um filho (...)Claro, foi depois de ele nascer que eu vim às consultas”)
- 2.1.108 Auto controlo **(2.1.108 - P/FPPBS_Inic_Autocontrolo)** Dispendio de esforço/energia para mudar (pensamentos, emoções ou comportamentos) pelo exercício de regras (estipuladas pelo próprios ou pelos outros) ou inibição emoções, impulsos, comportamentos ou desejos imediatos, no sentido dos seus interesses. Excluir “objetivos” que se cotaram como 2.1.12 Objetivos (Por ex. “habitado a ter uma certa disciplina e quando quero atingir objetivos”) (Por ex. “Nós temos que fazer aquilo que nos mandam, ponto final.”; Não foi preciso uma vontade, às vezes é preciso uma enorme vontade séria, não. É preciso alguma disciplina, ponto final, não é um drama.”; “cumprir o mais à risca aquilo que for, ou seja, nós fazemos a nossa parte”; “E depois segui escrupulosamente,”; “[Assim que a doutora] me disse para cortar, eu cortei logo.”; “outra das estratégias foi: “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”.”; “prescreveram-me aquilo e segui à risca”; “controlar mais,”; “Ah, isso, é porque é assim, eu ao principio...eu comecei mesmo a entrar mesmo a sério”; “E realmente eu levei assim uma, bastante a sério...”; “A estratégia que eu fiz...fiz exatamente tudo mas tudo [como a Sra. Dra. Herédia me mandou.] Fiz tudo mas sem falhar nada, não é?”; “Eu aqueles meses foi tudo muito a sério,”; “sempre ouvi dizer que todas as dietas resultam desde que se cumpra e esta foi o que aconteceu.”; “Fui... fui comendo da forma correcta”; “O que contribuiu foi... ordem, foi a disciplina,”; “Hum... cumpro aquilo que está estipulado pela parte nutricional...”; “acho que também é um

bocadinho da força de vontade”; “Fiz tudo o que eles me mandaram fazer”; “passei para grandes mudanças, comecei a ter disciplina que era coisa que não tinha, não é?”; “foi ajustar-me aquilo que estava prescrito e tentar cumprir, mais ou menos rigorosamente aquilo que me tinha sido indicado”; “, houve momentos, se calhar passei por algum lado em que estavam a fazer uma comida com um cheiro que estava melhor e deu-me vontade de coiso, e na altura, ou seja, mas isso não foi para mim uma dificuldade, não foi.”; “cerveja de vez em quando também gosto de beber uma cervejinha mas pronto, cá está. (...)Um hábito de vida, ou seja, não passar a minha vida enfiado em cafés a beber imperiais atrás de imperiais. Eu acho que é um bocado essa capacidade de de ter equilíbrio.”; “trocar, trocar certos hábitos não, não é...pronto temos de nos aguentar para não fazer certas coisas”; “Para...se fosse mais rápido e mais drástico, ao princípio houve mais essa noção de...crer fazer qualquer coisa que não pude fazer”; “fiz aquilo que ela me mandou fazer”; “E acho que é muito importante fazer-se essa, essa, o rigor nesse primeiro mês.”; “mas pronto...é ter força de vontade...”; “o que contribuiu foi eu ter cumprido [com o que a Doutora Teresa me disse, ok].”; “E foi, eu cumprir estritamente”; “[agora a dieta é esta.] Ok, então a partir de hoje ou a partir de amanhã começo”; “Através do meu esforço”; “[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”)

- 2.1.110 Manter hidratos de carbono **(2.1.110 - P/FPPBS_Inic_NãoElimHidratos)** Cumprir uma dieta com redução de hidratos, mas sem eliminá-los, evitando a sensação de fome. (Por ex. “porque não podia fazer dietas em que tirava os hidratos quase todos de carbono ou...enfim, por outro lado, percebo hoje em dia que isso também deixa a pessoa mais saciada e portanto nunca passei fome”)
- 2.1.111 Beber água para saciar **(2.1.111 - P/FPPBS_Inic_BeberÁguaSaciador)** Beber água como forma de saciar e disfarçar a sensação de fome. (Por ex. “às vezes bebia água”)
- 2.1.113 Distracção **(2.1.113 - P/FPPBS_Inic_Distracção)** Estratégias de evitamento para desviar o foco da atenção da comida lidando com a tensão de evitar comer. (Por ex. “tentar que a minha cabeça se desvie e

ouvir um bocado de música, que gosto muito porque me acalma a música clássica ou não sei quê”)

2.1.115 Identificação dos “triggers” (2.1.115 - P/FPPBS_Inic_IdentTriggers)

Identificação dos “triggers” de ingestão excessiva de comida como forma de mudar esse comportamento alimentar. (Por ex. “Ah...aprendi que como muito por ansiedade (...) Que a parte da ansiedade leva a comer mais...”EA6; “Eu também tinha era um problema, uma má relação com o cuidador que alimenta (ri-se)!”M4 ;” o que é que eu lhe posso dizer que foi a coisa mais importante? Foi resolver aquilo que mais equidistante estava da alimentação e da comida e da cultura, sabe?”; “Isso depois transformou completamente o resto, sem necessidade de dietas.”; “e o que é que neste processo terapêutico foi... hum... foi acontecendo? (...)e foram-se resolvendo as coisas que de facto eram latentes ao meu aumento de peso.”M4; “E, e, e o que eu deitei fora em termos de objectos foi a mesma coisa que eu deitei fora em termos de crenças criadas pela relação com a mãe - se eu deitei fora aquilo que a minha mãe colocou na minha cabeça durante anos, eu deitei fora a minha relação com a mãe, eu vou traí-la.”; “sobre a situação e a minha atitude em relação a ela mudou. Ficaram foi depois as crenças.”)

2.2 Processos/fatores de manutenção de perda de peso bem-sucedida (2.2.- P/FPPBS_Manut): processos e fatores de manutenção de PPBS.

2.2.1 Suporte social formal, i. e., prestado por profissionais de saúde (2.2.1.- P/FPPBS_Manut_SupSocFormal): associação do sucesso na manutenção do peso ao suporte social formal, i.e., apoio e ação prestados por profissionais de saúde, por instituições e/ou serviços de saúde.

2.2.1.2 Existência de um plano nutricional escrito que possa ser consultado (2.2.1.2.-

P/FPPBS_Manut_SupSocFormal_Plano): existência de um plano nutricional escrito, dado pelo profissional de saúde e consultado na manutenção (por ex., “eu estou a seguir o plano que eu tenho nas mãos de da nutricionista”; “E foi seguir,

pronto durante uns tempos [foi mais rigoroso], seguir as prescrições das dietas”; “Sim, tenho tentado manter e também, quando é preciso, tenho o, aquilo é uma folha de *excel* com as quantidades e as coisas...”; “a altura passou de stress, em que eu retomo a...a...retomo um bocadinho a...o regime”; “E agora até já fiz um plano [com a doutora]”; “eu digo claramente, só com a dieta dela a gente chega lá.”; “E seguir a dieta [que a Doutora me dava,] ponto final”; “Continuei com mais ou menos com a dieta que entretanto fazia...”)

2.2.1.4 Suporte social formal, sem especificação e prolongado no tempo

(2.2.1.4.-P/FPPBS_Manut_SupSocFormal_SemEsp): suporte social formal geral traduzido na acompanhamento/supervisão e apoio por profissionais de saúde durante um tempo prolongado, após a PPBS, sem especificar a especialidade (por ex., “ainda somos seguidas aí por volta de uns 6 anos”; “foi das consultas”; “foi do apoio”);

2.2.1.6 Existência de intervenção cirúrgica sem outra especificação

(2.2.1.6.-P/FPPBS_Manut_SupSocFormal_CirurgSemEsp): alusão à existência de uma ligação inespecífica entre a intervenção cirúrgica e a manutenção do peso, após a PPBS (por ex., “depois disto da operação há que manter.”P32)

2.2.1.7 Acompanhamento de nutricionista **(2.2.1.7.-**

P/FPPBS_Manut_SupSocFormal_Nutricion) Referencia ao apoio de um nutricionista ao longo da fase de manutenção para potenciar a estabilização do peso. (Por ex.; “Eu vou lá mais ou menos de seis em seis meses...ela pesa...mede...controla-me, vê, vê se é preciso...”; “[Eu queria era conseguir ir para os 62], como a Dr.^a Teresa achava que eu devia de ir.”; “e o nutricionista, que também tenho consultas.”; “E agora até já fiz [um plano] com a doutora”; “vou lá a consulta mostrar resultados”; “É o que a doutora me diz, ainda ontem me disse, é como se estivéssemos a fazer a manutenção.”; “ela teve lá a fazer umas mudanças e diz que não, até não está muito mal. “Olhe é mais ou menos outra vez como a manutenção.” Estamos ultimamente a fazer só manutenção”; “É e eu digo muitas vezes

e disse à Dra. Teresa,”; “Para já, olhe vou gostar mais de dar uma resposta à doutora mais direta”; “[E seguir a dieta] que a Doutora me dava, ponto final)

2.2.1.8 Acompanhamento psicológico **(2.2.1.8.-**

P/FPPBS_Manut_SupSocFormal_Psicologo) Referencia ao apoio de um psicólogo ao longo da fase de manutenção para ajudar no processo. (Por ex: “mas há uma coisa que eu já me mentalizei, a nível de... psicóloga, tenho que ter sempre alguém a acompanhar-me.”; “E pronto, e todos os meses tem que haver aquela conversa que tenho ali. Sinto-me muito bem. Foi uma pessoa que eu só... pronto, ao fim destes anos todos só agora é que eu comecei a perceber...”; “ter o apoio e o apoio e uma pessoa que eu tenho confiança nela e que sei aquilo que posso...”; “E é uma pessoa que além de tudo, eu se quisesse tenho o telef, o contacto dela, a qualquer hora posso ligar e está sempre disponível. Sempre, sempre.”)

2.2.1.9 Acompanhamento psiquiátrico **(2.2.1.9.-**

P/FPPBS_Manut_SupSocFormal_Psiquiatra) Referencia ao apoio psiquiátrico ao longo da fase de manutenção como importante. (Por ex. “E a parte, o foro psiquiatra também. (..)Muito importante. Com a medicação que faço e não sei quê. (...)Tenho que estar ali com, constantemente controlado... (...)para não haver ali alterações de (...)porque se não, se eu estou sem a medicação é muito complicado.”; “Eu agora neste momento, está a haver um problema com Santa Maria porque o meu médico, o psiquiatra... saiu.”; “e então lá, agora lá tive que eu me mexer e não sei quê e então lá consegui agora uma... neste momento estou com a medicação que tem que ser controlada e estou a fazê-la há 6 meses sem controlo, qualquer tipo de controlo.”; “as consultas que a gente (...)vamos tendo de apoio, as consultas de psiquiatria.”; “vamos conversando, vamos analisando, vamos debatendo, quer dizer que isso vai ficando, mesmo que seja pouca coisa, vai sempre ficando qualquer coisa cá dentro”; “e a gente, isto fica. As pessoas se disserem, se a gente está a ouvir uma pessoa a dizer, oh pá, não faça isto

porque isto que faz mal, ou faz assim, assado, ou faz a gente vai sempre ficando cá qualquer coisa e isso, para mim, tem sido apoio...”)

2.2.1.10 Acompanhamento médico **(2.2.1.10.-**

P/FPPBS_Manut_SupSocFormal_Medico) Acompanhamento por parte de um médico na fase de manutenção da PPBS (Por ex: “depois telefonar ao ao médico e depois nas consultas saber se posso continuar a comer aquilo”; “pelos médicos, que me tratam,”; “Eu costumo dizer, desculpe lá, eu costumo dizer ao médico:” sabe uma coisa? O senhor mudou a minha vida”.”)

2.2.1.11 Medicação para regular humor **(2.2.1.11.-**

P/FPPBS_Manut_SupSocFormal_MedicaçãoHumor)

Referencia a medicação para regular humor ou emoções como importante para a manutenção da PPBS. (Por ex: ” eu emocionalmente, eu continuo portanto a tomar medicação, mas emocionalmente eu estou mais estável. Um bocadinho mais estável, não é, e eu tenho a impressão que isso ajuda, que é favorável, não é, à, a manter o peso, não é?”)

2.2.1.12 Medicação para reduzir o peso **(2.2.1.12.-**

P/FPPBS_Manut_SupSocFormal_MedicaçãoPeso)

A toma de medicação com o objetivo de regular ou reduzir o peso. (Por ex: “a parte alimentar... hum... não tenho perdido peso, aliás ainda tenho ganho algum portanto sinto que a única diferença entre o agora e o antes é mesmo as medicações que eu tomava que realmente cheguei à conclusão que eu perdi o peso exactamente por causa das medicações.”)

2.2.2 Adaptação à idade **(2.2.2.- P/FPPBS_Manut_AdaptIdade)**

Adaptar o regime alimentar e a ingestão de calorias às necessidade decrescentes do organismo em função do avanço da idade. (Por ex: “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 e se calhar as asneirinhas e as facadinhas que dou na dieta, vão ter que ser...menos porque a ingestão de calorias é menor, não é? Tem que ser menor porque as necessidades do organismo são menores, porque o metabolismo altera. E portanto se calhar vai chegar a uma altura em que

o bolo só vai ser de quinze em quinze dias, ou uma vez por mês...portanto tenho que ter consciência disso.”EA6; “Também tenho a consciência que me aproximando dos cinquenta se calhar vai chegar uma altura em que tenho que voltar lá e sempre disso isso à doutora, ou seja, vai chegar uma altura em que o meu metabolismo se calhar vai exigir...outro tipo de, de dieta e...e é mesmo assim, não é?”EA6)

2.2.4 Internalização de estratégias **(2.2.4.-**

P/FPPBS_Manut_InternEstrateg): interiorização de regras/estratégias de manutenção da PPBS (por ex., “isso está bem encaixadinho aqui na minha cabeça”; “e hoje sou eu que digo assim *ah há tanto tempo que não como salsa, vou passar a pôr salsa no sei quê, ah há tanto tempo que não como isto, vou passar a não sei quê.*”; “Posso, até. Aliás, até posso comer duas vezes por semana. Vá nas minhas folgas supostamente posso fazer... cortar com a dieta. Mas, hum, geralmente eu tento fazer o máximo possível, hum...”; “Vou continuar a fazer... ’e assim”; “Eu acho que meti na, pronto, meti na cabeça que tinha que continuar a fazer... a fazer aquele regime (...)E, e acho que é assim que me sinto bem”; “Eu acho que já consegui adquirir algumas estratégias, penso.”; “Certo tipo de hábitos alimentares que nós tínhamos, ainda bem que os perdi”; “quando como em casa faço as coisas que ela mandou fazer.”; “E mantenho esse esquema, quer dizer, pronto, esse acabou por ficar.”; “Ah, acho que já adquiri hábitos diferentes do passado...”; “apesar que eu hoje para mim isto já não é sacrificio porque eu não faço, porque para mim isto já é uma rotina...”; “É natural, é natural. Já são 4 anos. São hábitos que já foram adquiridos.”; “a alimentação eu já, eu já mudei há muitos anos [desde que conheci a Dra. Teresa Herédia] e depois isto já é uma coisa que já começa a ficar, não é?”; “habituei-me a ter isto como ritmo”EA6)

2.2.5 Diminuição de ingestão de alimentos **(2.2.5.-P/FPPBS_DiminAlim)**:

Diminuição de determinados alimentos durante o processo de; excluir verbalizações de perdas consequentes à PPBS que deverão ser classificadas como “3.1.-Consequências Negativas percebidas da PPBS”.

2.2.5.1 Doces **(2.2.5.1.-P/FPPBS_Manut_DiminAlim_Doces)**:

Diminuição da ingestão de alimentos doces, incluindo bolos,

açúcar (por ex., “tive que privar dos meus bolinhos”, “[sou muito gulosa. Adoro bolos, não gosto de leite muito doce mas adoro comer um D. Rodrigo cheio daquele melaço.] Enfim, foi isso que tirei.”, “sem açúcar...isso açúcar, varri...não entra...”; “continue a comer de vez em quando os meus chocolates essas coisas, mas já não é com aquela, como é que hei-de dizer, com aquele exagero que era antes”; “Basicamente é o almoço, cortei os doces”)

2.2.5.2 Comida sem especificação **(2.2.5.2.-**

P/FPPBS_Manut_DiminAlim_ComidaS/Esp): Diminuição de comida como forma de manter o novo peso mais baixo, sem especificar o tipo de comida (por ex., “houve algumas coisas que eu próprio... eu próprio e a Teresa me aconselhou a fazer, a privar-me...”; “Ok vou comer uma coisa que me engorde menos.”).

2.2.5.3 Refrigerantes **(2.2.5.3.-**

P/FPPBS_Manut_DiminAlim_Refrigerantes) Redução da ingestão de refrigerantes. (Por ex. “Evitar beber refrigerantes, que eu bebia muito.”)

2.2.5.5 Massa/Pão/Hidratos **(2.2.5.5.-**

P/FPPBS_Manut_DiminAlim_Massa): redução da ingestão de massa, pão, arroz (por ex., “[já não faço pratadas] (...) de massa”, “De tirar um bocadinho os hidratos”, “o pão, isso então foi radical”; “o prato vinha cheio e eu só comia metade daquele arroz”; “a empada, por exemplo eu adorava empadas, agora já raramente como empadas”; “o jantar foi uma feijoada (...)em que eu comi um bocadinho mínimo de feijoada”)

2.2.5.7 Gordura **(2.2.5.7 - P/FPPBS_Manut_DiminAlim_Gordura)**

Redução na ingestão de gordura. (Por ex. " e a gordura.”, “Eu sabia que estava a comer manteiga exageradamente”)

2.2.5.8 Carne **(2.2.5.8 - P/FPPBS_Manut_DiminAlim_Carne)**

Redução na ingestão de carnes. (Por ex. “como um bife agora, mas isso é de meses a meses ou...duas vezes por ano, ou assim uma coisa”; “Ainda hoje...eu comia muito os bifos...não quer

dize hoje que eu não vá...a uma cervejaria e não coma um bife agora mas...pronto, isso é meses a meses.”)

2.2.5.9 Jantar **(2.2.5.9 - P/FPPBS_Manut_DiminAlim_Jantar)**

Redução alimentar ao jantar como estratégia de manutenção da PPBS. (Por ex. “Hum, mas as minhas jantares continuam a ser simplesmente uma sopa, ou uma salada ou um iogurte ou uma fruta.”; “mesmo até com o meu marido e tudo, se gente vai jantar, muitas vezes vou jantar com ele e eu como uma sopa.”; “porque normalmente cumpro mais à noite em casa”)

2.2.5.10 Hidratos à noite **(2.2.5.10 - P/FPPBS_Manut_DiminAlim_HidratosNoite)**

Redução ou eliminação da ingestão de hidratos após o final do dia, cerca das 18:00. (Por ex. “Eu tento comer hidratos de carbono só até às 7 da tarde. Aliás, só mesmo; ou de preferência até às 6 da tarde.”)

2.2.5.11 Agua à noite **(2.2.5.11 - P/FPPBS_Manut_DiminAlim_AguaNoite)**

Redução ou eliminação da ingestão de agua à noite ou as 20:00 horas, para evitar a retenção de líquidos. (Por ex. “E só bebo água também até às 8 da noite. Não posso beber água à noite. Nem água nem nenhum líquido. Se me apetecer muito um chazinho, sim; por causa da retenção de líquidos.”)

2.2.5.12 Álcool **(2.2.5.12 - P/FPPBS_Manut_DiminAlim_Alcool)**

Redução de bebidas alcoólicas. (Por ex: “como as bebidas alcoólicas, deixei de beber. Assim como a cerveja eu bebia muito, e deixei de beber. Não toco.”; “Eles bebem vinho eu bebo água.”)

2.2.5.13 Cefalópodes **(2.2.5.13 - P/FPPBS_Manut_DiminAlim_Cefalopodes)**

Redução da ingestão de polvos, chocos e lulas. (Por ex: “Eles querem comem chocos eu não como, eu como peixe grelhado ou outra coisa”)

2.2.5.14 Fruta **(2.2.5.14 - P/FPPBS_Manut_DiminAlim_FrutaRefei)**

Diminuição do consumo de fruta em momentos específico (refeições). (Por Ex. “Mas nem comi fruta nem nada”; “, não come fruta a seguir á refeição, pronto, aaa, come a fruta nos intervalos,”)

2.2.6 Existência de suporte social informal **(2.2.6.- P/FPPBS_Manut_SupSocInformal)**: verbalização da existência de pessoas da rede de suporte informal (que não são de contextos formais de saúde, saúde de trabalho e de estruturas formais de suporte social) que ajudam ou ajudaram (isto é, deram ao participante algo que ele precisava) na manutenção da PPBS.

2.2.6.2 Não permitir que a pessoa cometa excessos/erros na alimentação ou facilitar uma boa alimentação **(2.2.6.2.-**

P/FPPBS_Manut_SupSocInformal_NaoComerExcesso):

apoiar a pessoa no cumprimento do plano alimentar, ajudando-a a ter uma atitude moderada na ingestão de alimentos, e a ter acesso a alimentos adequados (por ex., “não me deixava comer”; “não me deixava abusar”; “é ela que controla os processos de alimentação”, “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”)

2.2.6.4 Apoio do(a) cônjuge sem especificação **(2.2.6.4.- P/FPPBS_Manut_SupSocInformal_ConjugeSemEsp)**:

referência ao apoio do/da cônjuge, ou parceiro(a) no processo de manutenção da PPBS sem concretizar o tipo de apoio (por ex., “a vigilância da minha mulher”; “ela também tem que fazer a dieta, ela para estar como está também tem que fazer uma dieta idêntica à minha também e por isso ajuda”)

2.2.6.7 Apoio da família sem especificação **(2.2.6.7 - P/FPPBS_Manut_SupSocInformal_ApoioFamilia)**

Apoio da família referido sem especificar quais dos elementos apoiaram. (Por ex. “Sim e quando isto começa a dar, por exemplo, naquela altura em que...em que eu regredi porque estava a perder o controlo da situação também muito porque também já não estava a conseguir controlar a mim...lá está, a família aí ajuda sempre (...)É preciso ter alguém lá para abrir os olhos”; “Portanto dentro do ambiente familiar tenho alguma pressão que não tenho fora...”; “só que como vêem que esta a ser mais difícil, não é, deixaram-me de me aborrecer tanto com a questão do peso. Portanto, agora raramente. De vez em quando lá dizem,

ah porquê que não continuas a dieta”; “portanto há de tudo, há a pessoa que nos motiva, [aqueles amigos,] há as pessoas de família, não é? “Ah que bom, estás mais magra, isso é ótimo, estás tão gira”, pronto porque a roupa já é diferente, vê-se uma cintura...e isso motiva-nos”EA6)

2.2.6.8 Amigos **(2.2.6.8 - P/FPPBS_Manut_SupSocInformal_Amigo)**

Apoio dado por amigos na manutenção da PPBS (Por ex: “Eu tenho bons amigos”; “portanto há de tudo, há a pessoa que nos motiva, aqueles amigos”EA6; “e os meus amigos todos dizem, imensos amigos meus me dizem, ah estás ótima, cada vez estás melhor, não sei quê, estás optimamente e não sei das quantas, quer dizer isso estimula, não é?”P15)

2.2.6.9 Encaminhamento ou recomendação por parte de amigos/familiares para se dirigir a uma instituição/consulta/serviço **(2.2.6.9 - P/FPPBS_Manut_SupSocInformal_Encaminh)**

Encaminhamento por parte de amigos ou familiares para uma instituição/consulta/serviço que contribuiu para a manutenção da PPBS. (Por ex: “E depois em conversa com a minha cunhada, ela falou-me de um médico que ela ia”)

2.2.7 Valorização externa **(2.2.7.-P/FPPBS_Manut_ValorizExtern):**

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. (por ex., “ajuda de fora é dizer...estás a ficar outra vez bonita”; “a satisfação das pessoas dizerem que eu estava mais magro”; “Os olhares de admiração de fora, ajudam”; “um dos filhos me terem dito: “Olha mãe, com essa roupa estás bonita. Esta roupa fica-te bem”, ajuda”; “As nossas amigas elogiam-nos...”; “quando passo por pessoas que não me reconhecem... tenho que ser eu a dizer-lhes quem é que eu era , para eles verem quem é que está a falar com eles isso para mim é espectacular”; “Sim, comentários, mas positivos, com certeza.”; “A minha imagem melhorou alguma coisa e portanto havia algum estímulo da parte dos amigos, não é?”; “. Fazendo de alguma maneira o elogio, não é, está a ver, à perda

de peso que eu tinha conseguido ter. E isso estimulava, não é?"; "os meus amigos todos dizem, imensos amigos meus me dizem, ah estás ótima, cada vez estás melhor, não sei quê, estás optimamente e não sei das quantas, quer dizer isso estimula, não é?"; "e as pessoas dizerem que eu estava muito mais jovem. Estou, não é? Mais jovem. O facto também de alguns homens olharem para mim, também contribui para isso."; "Eu acho que a principal ajuda veio, digamos que no processo de manutenção, com os tais elogios que falei há bocado e que para todos os efeitos são um incentivo para continuar e manter o peso, onde ele está agora."; "Ah...ir às lojas e as senhoras dizerem-me na loja: "Ai eu roupa para si, eu não tenho.", às vezes diziam-me assim: "Ai o seu tamanho eu não tenho. Que número é que veste?", eu dizia: "Ah...o trinta e seis...", há lojas que dizem: "ai tem que ir ali às lojas das, das, das miúdas mais novas..."; "todas as pessoas repararam, todas as pessoas comentavam e ainda hoje as pessoas dizem: "Ah estás tão magra, estás tão magra." E eu não emagreci mais. Porque eu perdi o meu peso quase todo no primeiro ano. E as pessoas comentam. E: "Ai o que é que fizeste?"; "E as pessoas comentarem e nós vemos que: "É pá, afinal consegui aqui qualquer coisa."")

2.2.8 Exceção Controlada **(2.2.8.-P/FPPBS_Manut_ExceçãoControl)**

Satisfação do desejo/impulso de comer algo calórico/fora da norma de uma forma controlada (controlando o afeto negativo que surge da não satisfação e promovendo um afeto positivo da satisfação do impulso controlado. Controlo da quantidade e frequência; estratégia de autorregulação (diferente de "Lapse": Falha na autorregulação) (Por ex: "a gente tenha a noção que: "Tenho este bolo à frente, sim, sim vou comer uma fatia mas não vou comer uma fatia enorme (...)Certo!? Mas também não me vou privar disso."; "Por exemplo, às vezes quero, ponho um bocadinho e se espalhar bem dá aquele sabor. Porque mais o que a pessoa tem é mais a saudade do sabor, não é?"; "basta por um bocadinho, só para eu lembrar o sabor do molho porque gosto, mas também não me quero privar para o resto da vida de nunca comer isto ou nunca comer aquilo."; "lá está a metade do bolo, chego a comer, por exemplo, metade, se me apetece muito, muito, muito um bolo, como metade do bolo...só."; "Eu gosto de pão e não me sinto privada de

comer e de vez em quando como.”; “Hum... como e não... e quando vou a casa de alguém passar um fim-de-semana ou... como aquilo que as pessoas comem.”; “Cá está, como de vez em quando e sabe-me bem. E porque não, não é?”; “Se sabe bem porque é que a pessoa não há-de comer? Agora, a questão está: não tenho é que comer todos os dias, quer dizer, posso comer uma vez de vez em quando porque me sabe bem e vou comer uma batata frita, isso não me vai fazer mal nenhum.”; “, não quer dizer que de vez em quando não meta o pé, de vez em quando eu tenho que comer um bolo percebe”; “mesmo que faça alguma coisa mal um dia...ah não vou fazer todos os dias. Portanto acaba por compensar nisso...sem, sem, sem que vá pensar nisso.”; “É o que eu digo à minha filha às vezes. Às vezes ela tem vontade de comer um doce, por exemplo, e eu digo: “Olha Joana, se tu tens vontade de comer um doce, tu nunca comes, comes e acabou. Porque enquanto não comeres vais começar...”, não é que a pessoa depois começa a comer de tudo mas não fica satisfeita porque não é aquilo que quer.”; “. Então quer dizer, come o doce nesse dia, pronto e depois não comes mais.”; “A não ser uma pessoa que não goste de comer, uma pessoa que gosta de comer, gosta de comer tudo como eu gosto, não é, tem que ter controlo e para ter controlo tem que ser assim. Tem que ter direito a comer alguma coisa senão...senão a pessoa não come...é, é muito pior.”; “apesar de, de vez em quando cair em tentação e chegar mesmo a comer.”(AB9); “mas de vez em quando também... hum... também como batata frita ou, ou algo mais calórico mas tento sempre manter...”AB34; “Ainda hoje...eu comia muito os bifés...não quer dizer hoje que eu não vá...a uma cervejaria e não coma um bife agora mas...pronto, isso é meses a meses.”AB36; “apetece-me muito, muito, muito, muito comer uma coisa então como só um pedaço porque percebi que às vezes, imagine comer um bolo às vezes como se me apetece imenso e aí como”EA6)

- 2.2.12 Perceção de autoeficácia na continuação da diminuição/manutenção da perda de peso **(2.2.12. - P/FPPBS_Manut_AutoEfic)**: 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 (Por ex: “Desde a operação já consegui

perder seis quilinhos”, “eu já consegui”; “lutar para perder mais”; “portanto depois o manter não foi difícil”; “Realmente ao fim de dois meses...dois meses e pouco, a balança...começa a descer aqueles...trezentas gramas, quatrocentas...e a pessoa diz: “Bem isto agora está no bom caminho.””; “eu também tinha uma facilidade enorme em perder.”; “foi tão fácil, de certa foi tão, é é, eu estar a dizer foi tão fácil às vezes parece que eu estou a levar isto assim com uma certa”; “mas há coisas que para mim também não são tao difíceis de fazer assim, porque eu gosto percebe”; “sei lá de um ano e tal para cá, desde que baixei dos 100 quilos notei que cada vez queria mais, cada vez queria alcançar mais objectivos”; “Hum... foi gratificante, não é? Porque consegui perceber que de facto consegui...”; “Eu acho que é ver, afinal consigo, [o problema se calhar não era meu, era das pessoas que estavam a ajudar-me]”; “que é o que está a acontecer agora, portanto eu penso que, mais três ou quatro meses já estou nos sessenta e cinco, bem portanto confortavelmente bem...ah e portanto este esforço agora é feito sem...sem, sem, desculpe mas entre aspas, a operação ou sem a ajuda das dores ou sem a ajuda seja do que for, não é? Portanto agora já sou eu a dizer: “Não precisei de voltar, aliás eu fui à Dra. Teresa de Herédia penso que há dois anos”EA6; “[A partir do momento em que passei a ir á Dr.^a Teresa Herédia,] com aquelas consultas regulares, olha que bom desceu e continua a descer”P15; “nós às vezes não conseguimos mais por causa da nossa cabeça. Porque...eu digo claramente, só com a dieta dela a gente chega lá.” P19; “[Então reduzi ao mínimo a...] e se isto me custou? Nada”M4)

- 2.2.13 Contentamento com o sucesso na perda de peso **(2.2.13. - P/FPPBS_Manut_Content)**: contentamento/felicidade por se ver a perder peso (“[...perdi seis quilinhos], tão bom”; “a minha alegria de ter perdido”; “Está a ser uma experiência muito boa.”; “Hoje em dia é muito bom. Saber que eu consegui fazer isso.”; “Neste momento não sou diabético, não tomo comprimidos para a tensão e não tenho problemas como disse que pelos vistos tinha”; “mas é bom claro.”; “, tenho conseguido manter porque acima de tudo, a partir do momento em que me senti fisicamente apto, bem para para para por em prática aquilo que eu tinha na minha cabeça, as minhas ideias, aquilo que eu

defendo, o que eu acredito, o que eu quero, a partir do momento em que eu sinto-me fisicamente para isso eu tenho-o feito”P17)

2.2.14 Objetivo

2.2.14.1 Objetivo de Mestria de Atingimento **(2.2.14.1 - P/FPPBS_Manut_ObjAtingMestria)**: Persecução do atingimento de possibilidades positivas desejadas/ambicionadas (manifestas em tarefas e padrões intrapessoais), pela via da mestria e relacionadas com a manutenção do novo peso mais baixo (por ex., ” eu não sei porque é que continuou a manter, deve ser essa vontade de ser magra, essa”, “de um ano e tal para cá, desde que baixei dos 100 quilos notei que cada vez queria mais, cada vez queria alcançar mais objectivos e tracei certos objectivos”; “O que contribuiu é, é perceber que ainda não cheguei ao objectivo.”; “esse objectivo, portanto da minha parte, enquanto não o atingir, não, não páro.”; “. E, e, e, quero alcançar mais, tá, tá a perceber?”; “A idade das pessoas também conta para o peso que devem ter, não é, e portanto pesar de novo 50kg é impossível, não era. Eu queria era conseguir ir para os 62,”P14)

2.2.14.2 Objetivo de mestria de evitamento **(2.2.14.2 - P/FPPBS_Manut_Obj_MestriaEvit)** Menção de uma experiencia de natureza intrapessoal que se deseja evitar.

2.2.14.2.1 Rejeição da hipótese de reexperimentar ter um peso excessivo **(2.2.14.2.1 - P/FPPBS_Manut_Obj_MestriaEvit_RejRexp)** rejeição da possibilidade de voltar a recuperar o peso perdido ou a reexperenciar o estado de obesidade, excesso de peso, ou ultrapassar um valor definido como referencial máximo pelo próprio; Avoidance Mastery Goal (por ex., “não quero aumentar mesmo”; “não quero voltar ao que eu era”; “penso não voltar para lá”; “Oh doutora não me mande encher porque agora já não encho, não quero encher.”; ““Eu não quero é ter mais do que isto, isso é que eu não queria ter mais.”; ” E pronto, e agora

vamos manter para isto não chegar outra vez onde estava”; “Basicamente é, não querer voltar a ver-me como era anteriormente.””; “Eu tenho que manter o meu peso...dentro dos cinquenta, cinquenta e dois”; “eu acho que a pessoa, a partir do momento que atinge este peso, não quer voltar a atingir um peso mais alto.”; “eu se conseguir manter o peso que eu tenho hoje eu já me sinto bem”).

2.2.14.2.2 Esforço para não perder **(2.2.14.2.2 - P/FPPBS_Manut_Obj_MestriaEvit_ÑPerder)**

dispêndio de esforço para não perder capacidades para perda de peso já adquiridas (ex., AB6PPBS: “Então, pronto, agora já estou a lutar um bocado para não perder, para não perder as qualidades mas”; “Só me senti mal cada vez que eu ia á balança perdia peso e [já estava quase a tirar a banda.] Eu não queria perder peso (...) Eu tinha muito medo. Eu tinha muito medo. E se isto vais voltar tudo ao antes e se vai voltar e...” P19)

2.2.14.2.3 Proximidade de um limite indesejável **(2.2.14.2.3 - P/FPPBS_Manut_Obj_MestriaEvit_LimInd)**

percepção de proximidade de um limite (peso, forma corporal, estado interno) indesejável, que não deseja ultrapassar e que despoleta ação para perda de peso (ex., “Eu não quero é ter mais do que isto, isso é que eu não queria ter mais.”; “e depois disse: “Ana, pera lá stop! Senão isto não pára. Voltas aos oitenta e tal”EA6)

2.2.15 Fazer refeições em casa **(2.2.15. - P/FPPBS_Manut_RefeiCasa)** Fazer as refeições em casa como forma de controlar a alimentação mais eficazmente. (Por ex: “antes de sair de casa e ele veio à pastelaria tomar o pequeno-almoço à pastelaria e disse, quando eu saí de casa, quando eu chamei disse: “Olha, eu já tomei o pequeno-almoço”, “Então não vens à pastelaria comigo?”, eu disse: “Não, já tomei o pequeno-almoço em casa.””AB36; “Porque em casa, quando como sozinha em casa, se

eu comer sozinha eu normalmente não bebo, não bebe álcool, não bebo vinho ou cerveja, não bebo nada dessas coisas, portanto, aaa, aaa, se estou com pessoas pronto bebe moderadamente mas pronto, mas é diferente. Aaa, e em casa essas coisas não acontecem, portanto, não faço.”P15; “reorganizei um bocado a minha vida, passei a comer mais em casa, passei a almoçar em casa e por exemplo, eu ainda hoje, faço isso. Em casa faço, quando como em casa [faço as coisas que ela mandou fazer]” P15)

- 2.2.16 Exercício físico esporádico **(2.2.16. - P/FPPBS_Manut_ExFísEsporádico)**: fazer exercício físico esporadicamente (ex., caminhada) i.e. uma vez por semana ou menos (ex., “o único exercício que eu faço ...uma vez por semana ... é andar um bocadinho a pé”; “e sou muito preguiçosa, mas caminho, ando, quer dizer mas depois sou muito indisciplinada”; “Fiz se calhar mais algum exercício, eu andei mais, andei de bicicleta.”)
- 2.2.18 Perceção de controlo **(2.2.18. - P/FPPBS_Manut_Controlo)**: perceção de que controla a continuação da perda de peso ou a manutenção do novo peso mais baixo (ex., “está nas minhas mãos”; “tenho andado sempre ali à volta dos 80 quilos e houve um natal qualquer que subi para aí até aos 85 outra vez. E pronto e aí foi uma daquelas situações que não me preocupou minimamente, porque sabia que era de pronto...dos doces de natal e almoços pesados e etc, e isto agora pára e volta todo ao eixo”; “E eu acho que também fazia, fazia esses desvios porque também tinha a confiança que assim que voltasse ao caminho certo o peso regularizava...”)
- 2.2.19 Restrição alimentar devida à intervenção cirúrgica **(2.2.19. - P/F_PPBS_Manut_RestrCirurg)**: referência a uma dieta mais restrita condicionada pela intervenção cirúrgica (por ex., “e agora foi da operação que é uma dieta mais rígida mesmo”; “E se como mais, e se a comida sabe bem e meto, nem que seja uma colher a mais de comida é o suficiente para sentir uma sensação de enfartamento que esse mau estar permite, que não é um mau estar sei lá”; “[portanto perdi gostos], perdi a noção da quantidade, não consigo comer muito, nem um décimo do que eu comia...”; “Mas fico assim, uma sensação de enfartamento que não é confortável, podemos assim dizer, que que leva sempre a que

a gente “pronto, já chega, isto está bom. Estava-te a saber bem mas tu já comeste o suficiente e não precisas de comer mais”. E é isso que é”P17;.”; “eu quando tinha o excesso de peso, todo aquele era capaz de comer e ficar entupida até aqui (...) Mas neste momento eu não consigo. Eu se comer um pouquinho mais eu já sinto que vou explodir. Não, não consigo. O meu estômago não consegue. Mesmo pôr mais comida cá dentro.”P19; “eu não consigo comer como comia, e isso é muito bom. Eu não consigo. Pronto.”P19)

- 2.2.20 Exercício físico regular **(2.2.20. - P/FPPBS_Manut_ExFísRegular)**: fazer exercício físico regularmente (Por Ex. “Foi, foi continuar, continuar o desporto”; “E faço as minhas caminhadas e os meus exer... e os meus exercícios, fazer o meu ginásio que eu gosto”; “voltei ao ginásio agora há um ano atrás, quando já tinha atingido o peso, o que era suposto, mais ou menos, eu atingir.”; “porque eu de repente, todos os dias, já fazia exercício, já andava ali feito”; “e agora manter, manter isto é e pronto os passeios que eu faço, ando 4km por dia (...) praticamente todos os dias, são grandes caminhadas”; “posso fazer exercício, vou começar a fazer exercício”; “foi aí também que comecei com o ginásio e isso.”)
- 2.2.21 Sentir-se melhor **(2.2.21 - P/FPPBS_Manut_SentirMelhor)**: referir que o facto de se sentir melhor consigo ajudou a manter o novo peso mais baixo (e.g. “Basicamente senti-me melhor em termos físicos, é isso. Nada mais.”AB10; “O que mudou é que me sinto melhor...com o meu peso, não é?”EA7; “Uma pessoa começa a sentir-me bem”P31).
- 2.2.22 Conhecimento/informação **(2.2.22 - P/FPPBS_Manut_Conhecimento)**: ter informação ou conhecimento sobre alimentação que permita a manutenção do novo peso mais baixo (Por ex. “[e ela disse: “Eu nem vou prescrever outra dieta, você sabe perfeitamente o que é que tem que fazer.”] E realmente ela ensina-nos a comer”; “se calhar antes era capaz de meter uma fatia e meia...aprendi a meter um bocadinho menos que uma fatia...”; “eu acho que às vezes bastava às vezes mais, é o saber comer, obviamente”; : “Aprendi imensos truques, não é?”; “Aprendi a pôr nas, nas comidas as especiarias porque aumenta o gasto energético; aprendi a comer determinados legumes acompanhados com determinadas coisas;

aprend... porque a digestão faz-se de uma maneira diferente e não, e não, a passagem da gordura a açúcar com a acumulação de gorduras em zonas... não se faz”; “e eu saber como é que se deve fazer as coisas como deve ser,”; “porque já aprendi muita coisa.”; “Aprender realmente aquilo que é dito e o que temos de fazer, perceber o que é que se adequa ao nosso organismo...”; “e portanto, lá está, como aprendi...ah, não obviamente com uma tabela de calorias, mas saber mais ou menos aquilo que eu faço de errado ao comer, eu sei que quando engordo um quilo ou dois eu sei que acabei a fazer asneiras.”EA6; “Pronto, é ter a consciência do está errado, ou seja, a grande maioria das pessoas e eu também era assim”EA6)

2.2.23 Porção escolhida num recipiente pequeno **(2.2.23 - P/FPPBS_Manut_RecipPequeno)**: Colocação da porção alimentar escolhida (especialmente de alimentos que anteriormente ingeria em excesso) num recipiente pequeno para melhor controlar a quantidade ingerida (“agarro uma peça, objeto pequeno onde coloco aquilo que quero, aquilo que me apetece e não mais do que aquilo e pronto”; “Passei desde aí que eu como num prato de sobremesa. Eu nunca mais comi num prato grande.”; “Não e uma pessoa tem sempre aquela sensação que os olhos veem de outra forma, parece que o prato tá cheio.”)

2.2.24 Adaptação fisiológica à redução alimentar **(2.2.24 - P/FPPBS_Manut_AdaptFisiolRedAlim)**: referência a uma habituação por parte do organismo à redução das quantidades ou tipo de alimentos ingeridos (ex., “consegui que o meu estômago e o meu organismo se habituassem a precisar de menos alimento”, “O meu organismo consegui habituá-lo a necessitar de menos alimento mas como de tudo”, “Eu tinha muito mais necessidades de comer doces, antes desta dieta, há cinco, seis anos, achava que tinha de comer todos os dias um bolo ou não sei quê, do que hoje em dia.”; “Mas é assim, eu também já me habituei a isso”; “Ao fim de 2 anos de dieta rigorosa, eu habituei-me completamente.”; “[trocar com o café, o açúcar para o adoçante], foi uma coisa que eu primeiro estranhei, depois habituei-me e depois continuei, porque agora até me sabe demasiado doce o café com o açúcar”.)

2.2.25 Necessidade de autodeterminação **(2.2.25 - P/FPPBS_Manut_NecessADeterminação)**: necessidade de ter um locus de causalidade interno e de ter a experiência de escolha na manutenção da PPBS; poderá envolver a libertação de constrangimentos externos que impeçam a sua autonomia

2.2.25.1 Autonomia **(2.2.25.1 - P/FPPBS_Manut_NecessADeterminação_Autonomia)**

Regulação do self intrínseca independentemente do controlo de outros ou da influencia de estímulos ou pressões externas (punição/recompensa), autenticidade, direcção/escolha.

2.2.25.1.1 Flexibilidade e adaptação do comportamento alimentar **(2.2.25.1.1-**

P/FPPBS_Manut_NecessADeterminação_Autonomia_Flexibilidade): capacidade de flexibilizar e de adaptar as recomendações feitas por um clínico (por ex., nutricionais), às necessidades pessoais de ingestão de comida, com o objetivo de se identificar com o processo de perda de peso (e, desta forma, concretizá-lo); transformar uma regra recomendada numa nova regra que integre melhor as necessidades/gostos pessoais. (Por ex. “E pois claro fui acrescentando mais uma coisa...”, “De maneira é que acrescentava alguma coisa que eu goste”, ”Jantar só se for jantar fora com...com alguém, que tenha algum compromisso”; “Ah...deixei de comprar as bananas grandes e tento sempre descobrir...deixei mesmo de comprar essas e tentei descobrir, por eu adoro e gosto também das bananas da madeira...”; “sigo o esquema mais ou menos, depois, o que acontece agora é que às vezes furo mais vezes, não é, pronto. Às vezes, ou por razões profissionais ou não sei quê, almoço fora, mas depois acabo por compensar nos outros dias, percebe”; “eventualmente eu saio três vezes numa semana, compenso na próxima...com uma vez só, por exemplo”; “eu tenho

mantido mais ou menos, tenho só este mês, só este mês, que lhe estou a dizer é que não. É que abusei um bocadinho com, com os jantares e com os almoços porque de resto não, tenho mantido sempre a linha mais ou menos... como uma colherinha ou duas de arroz, isso já como, isso já comia, já comia antes. Como uma batata às vezes...nem sempre. Hoje por acaso comi ah...um bifinho era muito fininho de peru grelhado, acho eu...ah com, com grelos que o meu marido...ah comeu também, comeu o peixe cozido e cozi grelos e comeu batatas. E eu hoje tirei uma batatinha aquelas redondinhas que se cozem sempre bem. Comi uma batatinha com os grelos...”AB36)

2.2.25.1.2 Valorização da possibilidade de poder escolher (2.2.25.1.2-

P/FPBBS_Manut_NecessADeterminação_Autonomia_ValorEscolha) Valorização da existência de várias opções e da possibilidade de fazer uma escolha personalizada. (por ex: “Quer dizer...não...de não, não, pronto não quero, por opção”)

2.2.25.1.3 Afirmação do Eu (2.2.25.1.3-

P/FPBBS_Manut_NecessADeterminação_Autonomia_AfirmEu) Necessidade de afirmação daquilo que a pessoa quer, da sua vontade, do que é e lhe faz sentido. (Por Ex: “[Eu preciso deles para me ajudarem com a palavra com a palavra, com o apoio], mas tenho que ser eu a lutar por mim própria, se não for eu a lutar não vou conseguir “; “Escuta aquilo que tu queres”; “Na minha vida, à minha volta, nada contribuiu para a manutenção. (...) Não. Isso são sempre coisas internas, ou seja eu, sou eu que decido... sempre quando é que as coisas acontecem.”; “e se não quiser o que eu quero, [não são eles coitados, que não vão dizer “Oh A. nos estamos aqui para te ajudar]; “o problema se calhar

não era meu, era das pessoas que estavam a ajudar-me e que não conseguiram perceber que as coisas não eram bem assim como elas estavam a fazer ... porque acho que essas pessoas devem ouvir um bocadinho mais e às vezes acreditar um bocadinho mais nos pacientes e não naquilo que aprenderam na faculdade e é tudo igual e...as pessoas têm necessidades diferentes, os corpos não são todos iguais e era, senti que as pessoas eram, não compreendiam. Porque é o que eu dizia, a mim irrita-me eu ver uma pessoa irritava-me, que era ver uma pessoa gorda a comer, a comer, a comer e eu não era assim. Eu não comia quase nada e engordava a mesma.”EA5; “Porque aquilo que é válido para uma pessoa não é válido para outra e enfiar todas as pessoas que querem emagrecer no mesmo saco que não é.”EA5; “. Isso são sempre coisas internas, ou seja eu, sou eu que decido... sempre quando é que as coisas acontecem.”; “começar a pensar um bocadinho em mim (...)porque o meu principal problema das outras, que sempre foi, é sempre preocupar-me mais com os outros do que preocupar-me comigo próprio (...)E agora estou a perceber que tenho que me preocupar comigo também. Não deixar de me preocupar com os outros (...)Mas eu tenho que olhar, principalmente olhar para mim para, para (...)para o meu bem estar”M3; “Porque se, se a gente não olhar pra, por nós próprios quem vai olhar? E... Como é que é? Hum... É se, se, senão, ou seja, se não fazes por ti é um bocado quem vai fazer por ti, não é?”M26)

2.2.26 Motivação Intrínseca **(2.2.26 - P/FPPBS_Manut_Motivação)**

Motivação intrínseca onde se identifica a energia e a direcção; que resulta de uma escolha autónoma (ex., “Eu não consigo perceber porque é que eu continuo...é o que eu digo, deve ser aquela vontade, teimosia”; “Fico saciada mas talvez o que consiga manter no peso seja mesmo a

minha vontade...”; ” pronto eu gosto de manter mesmo a forma”; “[e se isto me custou? Nada] ... porque os ganhos são muitíssimo maiores do que o prazer momentâneo do, do paladar daquela coisa na boca, não é verdade?”; ““Bem de todas as pressões e mais alguma, até porque estou quase a aproximar-me dos cinquenta e da menopausa, ou paro agora e volto outra vez a, a emagrecer””AB6; “Eu prefiro comer menos e ter um peso normal.” EA9; “Eu não consigo perceber porque é que eu continuo...é o que eu digo, deve ser aquela vontade, teimosia”; “talvez seja é a minha vontade tão grande de continuar magra e de ser magra”; “nós sabemos para atingir certas coisas tivemos, temos que prescindir doutras então é tipo uma escolha. Apesar de eu gostar de comer, gosto mais de me mexer bem portanto, faço p’ra isso.”AB6)

2.2.27 Autoestima **(2.2.27 - P/FPPBS_Manut_Autoestima)** Avaliação afetiva positiva do próprio como fator importante da manutenção do peso mais baixo. (ex., “Gosto mais de mim”; “Sou uma pessoa mais forte (risos) do que eu pensava.”; “Ah sim! Sinto-me muito mais confiante (risos).”; “(...) auto-estima, auto-estima acima de tudo. A partir do momento em que uma pessoa se sente bem com ela, tudo o resto é fácil.”; “A autoestima mais elevada...”AB33)

2.2.28 Autoimagem corporal **(2.2.28 - P/FPPBS_Manut_AiCorporal)**: auto-percepção e atitudes positivas, relacionadas com o corpo e que ajudaram na manutenção do peso mais baixo.

2.2.28.1 Satisfação com/avaliação positiva do corpo **(2.2.28.1 - P/FPPBS_Manut_AiCorporal_Satisfação)** Satisfação com o corpo e avaliação positiva com o mesmo. (ex., “gosto mais de me olhar ao espelho”; “sinto-me mais vaidosa...”; “É normal que tou uma pessoa mais interessante, fisicamente, não é? E... chamo à atenção, sim.”; “gostar de me ver, gostar mais da minha imagem”; “sinto-me um bocadinho melhor com a minha imagem”; “e é, também, uma questão de imagem. As calças eram o 54 ou o 56 e agora são 46 ou 48. Mesmo aumentando algum peso, as calças continuam nos 48, 47.”; “E é evidente que nos chegamos, só quem não tem espelhos em casa. A gente chega a um espelho e a gente vê-se e olha para ele e vê que é totalmente diferente, não é. A minha cara era uma cara redonda,

não tenho, neste momento a minha cara não é redonda. Tinha bochechas, eh pá! E nem vale a pena estar a falar (risos).”; “Bom, só a parte de eu saber que vestia 50 e passar a vestir o 40, é bom já”AB9; “ Acho que foi o gostar daquilo que via. Não numa de agora posso ser super modelo, mas gosto de facto. Estou com um ar saudável.”; “não é que...mais uma vez, não é que não gostasse da imagem que tivesse, ou que tivesse algum problema com isso, mas foi mudar de um indiferente para um gosto.”; “depois aqueles dezoito assim num ano...a pessoa fica de rastos, não é? Ah...e portanto, eu acho que exteriormente há um momento, para mim foi mais aquela vaidade de “agora já posso ir aquelas lojas, posso comprar aquela blusa, posso vestir aquilo...posso ficar com uma silhueta...”, isso motiva.”EA6)

2.2.28.2 Investimento/Importância do corpo **(2.2.28.2 - P/FPPBS_Manut_AiCorporal_Investimento)** Investimento no corpo / aparência e importância dos mesmos (ex., “agora já visto melhor, olhe-me ao espelho, se não gosto bem disto, dispo e visto outra roupa para experimentar como é que é”; “apesar de que sempre fui uma pessoa com uma certa auto-estima e gostar de me cuidar e tudo mais”; “[e tracei certos objectivos de intensidade corporal (8:15) ou de sei lá.] De peso não mas de aparência, chegar a certos limites de aparência, pronto”)

2.2.29 Resolução de outros problemas de saúde **(2.2.29 - P/FPPBS_Manut_ResProbSaude)** A resolução de outros problemas de saúde que levaram ao excesso de peso ou dificultavam a manutenção do novo peso. (Por ex: “Pronto, também tinha a parte da tiroide que depois foi resolvida e que não ajudava em nada, não é?”)

2.2.30 Dia de comer livremente **(2.2.30 - P/FPPBS_Manut_DiaComLivre)** Existência de um dia por semana onde pode comer livremente (Por ex. “eu podia uma vez por semana comer o que me apetecesse, está a ver? E beber álcool à vontade e isso tudo”; “posso gostar de fazer em termos de alimentação continuo a fazer, só que em vez de ser todos os dias é uma vez por semana, ou duas vezes por semana...”).

2.2.31 Adaptação da dieta à manutenção **(2.2.31 - P/FPPBS_Manut_AdapDietaManut)** Adaptação da dieta à fase de

manutenção do peso. (Por ex.” Ao princípio tive de mudar mais do que tenho...do que faço hoje em dia...”; “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”; “Nunca tão drástico como da primeira vez em que tive de o fazer, porque aqui estamos a falar de um quilo ou dois não estamos a falar de dez”; “estou a dizer a dieta como ela era, não é que eu hoje em dia faça. Hoje em dia tenho mais liberdade.”; “Acho que a manutenção... 2 coisas: primeiro a manutenção da dieta (...)talvez, talvez com umas quantidades mais elevadas”; “a minha manutenção seria mais ou menos aquilo que eu fiz, podendo fazer mais algumas asneirazinhas,”EA6; ““Então começámos a...começámos a meter o, uma dieta para eu não estar a perder peso e cada vez íamos reajustando aquilo mais. A certa altura ela disse: “Agora vamos começar a estabilizar.”AB6)

2.2.32 Auto monitorização **(2.2.32 - P/FPPBS_Manut_MonitPeso)** Auto-monitorização de peso, forma corporal ou comportamentos com impacto na manutenção da PPBS. (Por ex. “. Mas quando ganho um bocado de peso, 2/3 quilos”; “E é num instante, basta três, quatro dias a jantar mais que a pessoa perde logo aquele ritmo...”; “Eu penso que sim é a preocupação das comidas que como das calorias que como, que ingiro em cada alimento , tudo isso me preocupa...”; “noto que estou a comer mais isso”; “Ah...mas acabo sempre por ter essa, essa noção”; “Depois de chegar a essa meta dos 38kgs, por vezes engordo 2/3kgs... Não, minto! Até aos 78 ”; ““ Não foi assim tanto, ou seja, mantive os 84kg para aí durante dois anos e depois a partir daí é que foi mais ou menos de dois em dois anos, que fui ganhando um, um quilo e meio mais ou menos assim. Portanto, foi começar para aí 2006 com os 84kg e fazer uma recta até agora 2012 com os 87kg.”; “eu peso-me praticamente todos os dias, vou controlando, se eu vir que estou a engordar um bocadinho mais, corto um bocadinho mais,”; “como pizzas, gosto de pizzas, gosto de...ainda por cima, não sou, não sou uma pessoa muito apaixonada por comer comida mas adoro toda a comida italiana, tudo o que seja massas, pizzas, esparguete à bolonhesa, lasanha portanto a minha loucura grande sempre ao fim de semana, e os

meus filhos também gostam, é fazer uma refeição destas...ah pesada. Portanto, que eu tenho consciência que só estou...ali a engordar mas gosto.”EA6; “E é num instante, basta três, quatro dias a jantar mais que a pessoa perde logo aquele ritmo...”EA6;)

2.2.33 Estilo de roupa jovem **(2.2.33 - P/FPPBS_Manut_EstRoupaJovem)**

Começar a vestir um estilo de roupa mais jovem, por oposição com um estilo mais “velho” antes da PPBS, como fator de motivação para a manutenção. (Por ex. “Ouvir os meus filhos dizerem que: “Oh mãe, tu assim é que estás mais bonita. Gosto de te ver com essa roupa!” Era uma roupa que eu não... Era impossível vestir antes, mais moderna. Uma roupa mais moderna, antes vestia-me mais à velha. Isso também contribui.”)

2.2.34 Aumento Alimentar **(2.2.34 - P/FPPBS_Manut_AumAlim)** Início ou aumento da ingestão de alguns alimentos com o objetivo de ajudar a manutenção da PPBS.

2.2.34.1 Frutas e Vegetais **(2.2.34.1 - P/FPPBS_Manut_AumAlim_FrutasVeg)** Inclusão ou aumento do consumo de frutas e vegetais. (Por ex. “que comendo legumes e frutas a gente sacia a fome e não engorda tanto.”, “E às vezes uns kiwis, que eu sou um bocadinho...ah presa do intestino”; “como geralmente kiwis...ou uma maçã ou pêra...ah uma coisa ou outra.”; “, como muitas saladas, muita fruta; eu adoro fruta, hum, e como mais do que o suficiente.”)

2.2.34.2 Iogurtes Magros **(2.2.34.2 - P/FPPBS_Manut_AumAlim_IogMagros)** Inclusão ou aumento do consumo de iogurtes magros ou variedades com menos calorias. (Por ex. “Só bebo iogurtes magros, eu também só bebo líquidos, ou então aqueles naturais mas é sempre sem açúcar”)

2.2.34.4 Vinagre Balsâmico **(2.2.34.4 - P/FPPBS_Manut_AumAlim_VinBalsamico)** Inclusão de vinagre balsâmico na dieta. (Por ex. “Descobri também que adoro nas saladas...ah vinagre balsâmico...que gosto muito, pronto. E então tenho sempre em casa e é com isso que eu tempero as saladas”)

2.2.34.5 Fibras **(2.2.34.5 - P/FPPBS_Manut_AumAlim_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. (Por ex: “aprendi que 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 (...)para inibir a absorção dos açúcares do arroz doce.”; “Porque eu não comi nada naquela refeição que fosse inibir a absorção daqueles açúcares.”)

2.2.34.6 Agua **(2.2.34.6 - P/FPPBS_Manut_AumAlim_Agua)**

Aumentar o consumo de agua diário, ingerindo pelo menos 1,5 a 2 litros de agua por dia. (Por ex: “E tenho que beber 2 litros de água por dia; geralmente ando sempre com estas garrafas de meio litro...”; “é como a água, eu tenho que beber litro e meio de água, ora eu tenho duas garrafas de meio litro que eu encho logo de manhã e depois eu já sei que quando eu beber aquilo bebi um litro, á tarde só tenho que beber outro meio porque se eu não fizer assim, se for beber em copos a gente nunca mais bebe”; “E quando bebo, bebo logo metade de uma garrafa de cada vez. Porque se eu for beber por sede, eu não bebo”; “, ainda hoje, ainda hoje faço isso. Bebo pelo menos dois litros de água por dia.”)

2.2.34.7 Sopa **(2.2.34.7 - P/FPPBS_Manut_AumAlim_Sopa)**

Aumentar o consumo de sopa. (Por ex. “Era coisa que eu não fazia e hoje é uma das coisas é uma das coisas que eu mais gosto de comer é sopa.”)

2.2.34.8 Sumo sem gás **(2.2.34.8 - P/FPPBS_Manut_AumAlim_SumoSGas)**

Aumentar o consumo de sumos sem gás. (Por ex: “Agora bebo [água] ou sumo sem gás.”)

2.2.34.9 Peixe grelhado **(2.2.34.9 - P/FPPBS_Manut_AumAlim_PeixeGrelh)**

Aumentar o consumo de peixe grelhado em alternativa as outros alimentos prejudiciais à manutenção da PPBS (Por ex. “começa o peixe grelhado”)

2.2.34.10 Bolachas para reduzir fome **(2.2.34.10 - P/FPPBS_Manut_AumAlim_BolachasFome)** Ingestão de bolachas de água e são (Crackers) nos intervalos entre refeições como estratégia para controlar a sensação de fome. (Por ex: “Quando tiver fome, coma no intervalo das refeições, umas bolachinhas, ela até lhe deu o nome, “*Crackers*”, umas embalagens assim quadrado...não é retangular é mais retangular...umas grandes que vem com pacotinhos lá dentro, uns pacotinhos com bolachinhas que eu como uma embalagem, aquelas que têm quatro ou cinco bolachinhas. Quando tenho fome é isso que como.”AB36)

2.2.35 Autocontrole **(2.2.35 - P/FPPBS_Manut_Autocontrole)** Dispendio de esforço/energia para mudar (pensamentos, emoções ou comportamentos) pelo exercício de regras (estipuladas pelo próprios ou pelos outros) ou inibição emoções, impulsos, comportamentos ou desejos imediatos, no sentido dos seus interesses (Por ex. “foi basicamente manter a disciplina.”; “por exemplo, chega às férias...se vou de férias...se tou, eu passo sempre com os meus pais ou com a minha sogra e há um almoço ou jantar e eu perco aquele ritmo de comer a sopa e a fruta e como um bocadinho mais de qualquer coisa, ou depois comi isto ou...ou seja, o organismo rapidamente se habitua a comer mais é uma coisa...e para voltar outra vez à sopa por exemplo, tem que ter outra vez disciplina”; “E hoje em dia quando, é, é como eu lhe digo, é...é um esforço diário, tem que ser um esforço diário...tem que ser um esforço”; às vezes é simplesmente o controlar a parte psicológica que é difícil.”; “Eu nem quero saber disso” (risos) Ah...pronto mas é assim, agora se vou dizer que me apetecia imenso tomar um café e comer um pastel de nata, ai apetecia-me imenso (...)Apetecia-me e apetece-me todos os dias”; “Não quer dizer que eu agora não faça a sério, faço à mesma a sério”; “Tudo tem calorias, portanto temos que saber gerir. Temos que saber gerir.”; “de me disciplinar”; “Também quando vou jantar fora, também tenho um bocado mais de cuidado, se calhar em algumas coisas, naquilo que escolho,”; “Mas depois acabando isso, volta tudo, começa tudo a normalizar”; “posso numa semana fazer disparates e na outra já não fazer.”; “Se eu lhe disser que desde que fui

operado (...)até hoje nunca mais comi nada disso.”; “Não quer dizer que eu não, por vezes não tenha vontade... hum... de molhar no molho, um tempero...”; “[porque eu não deixo passar, entre 78,] mas não quero chegar de maneira nenhuma aos 80. Quando tenho os 78, tento logo diminuir. Agora neste caso, estou agora com 78, já comecei outra vez a...”; “Estou uma semana fora, posso ganhar um quilo, pronto uma coisa desse género, nada de anormal ou estou duas semanas de férias grandes ou um bocadinho mais e posso ganhar alguma coisa no Verão, mas pronto nada descontrolado. Tudo perfeitamente controlado de facto.”; “mas continuo a ter algum cuidado;”; “É não ter abusado, eu acho que é não ter abusado.”AB36; “e tenho controlado, hoje em dia até já me controlo muito melhor.”EA6; “perceber que agora não posso voltar a fazer os erros que fiz anteriormente”)

- 2.2.36 Ter rotinas **(2.2.36 - P/FPPBS_Manut_Rotinas)** Referencia à existência rotinas como um elemento importante para a manutenção da PPBS (Por ex. “mesmo agora alguns anos mais tarde, eu sei que, por exemplo, eu vou para férias e é muito mais fácil manter a rotina em dias normais de trabalho. E isso consigo manter, em ferias já sei que mesmo que ande muito, que faça muito exercício e muitas vezes faço e que ande para aí em coisas... A rotina, não esta lá e eu não estar na rotina ganho, ganho Acabo por ganhar peso, mas depois também sei que dias depois regresso a rotina normal e depois volto”)
- 2.2.38 Ultrapassar objetivo **(2.2.38 - P/FPPBS_Manut_UltrapObjetivo)** Continuar a perder peso para além dos objetivos iniciais definidos pelo próprio ou por outro como o nutricionista. (Por Ex: [Inicialmente tinham-me dado uma meta de setenta quilos] porque eu tenho muito músculo e osso pesado, eu tenho cinquenta e três quilos mas com osso e água, e é muito em termos de peso é muito...”)
- 2.2.42 Evitar ter comida calórica em casa **(2.2.42 - P/FPPBS_Manut_EvitComidaCasa)** Evitar ter em casa doces e bolos e outras comidas calóricas para evitar comê-las (Por ex. “comia bolos com creme...comia arroz doce, comia...leite-creme, fazia essas coisas todas em casa, e isso em casa acabou. Em casa não faço”;” . Aliás nem tenho doces em casa, não tenho”; “deixei de ter aqui coisas, tipo bolachas em casa, coisas doces percebe.”; “aliás às vezes até me rio

porque se vier alguém, quando vem alguém cá a casa eu não tenho nada. Percebe eu não tenho, tirando bolachas tipo craker”; “Ah, mas se eu tiver, se eu tiver não paro percebe, vou buscar agora uma, ah mesmo assim, também é só uma não sei quê, percebe. Então para isso eu não tenho mesmo”; “a minha mulher a dias costumava fazer, à sexta-feira, costumava deixar sempre um bolinho feito, também acabou com o bolinho”; “não compro pão todos os dias, porque o comprar o pão todos os dias, aquele cheirinho do pão fresco é muito difícil, não é? (...) Mas eu já não tenho aquela sensação como se visse o pão fresco à minha frente, não é?”)

- 2.2.44 Recordar o excesso de peso **(2.2.44 - P/FPPBS_Manut_RecExcessoPeso)** Recordar intencionalmente aspetos negativos da vida afetados pelos excesso de peso, antes da PPBS, com o objetivo de aumentar a motivação para tomar as atitudes necessárias para manter o peso baixo. (Por ex: “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 (...) e portanto às vezes quando eu me sentia desmotivada e não sei quê, ia ver as fotos”; “pronto, vem-me, vem-me à memória determinadas situações (...)que... que me recordam aquilo que eu era antes, pronto.”)
- 2.2.45 Mudar o Palato **(2.2.45 - P/FPPBS_Manut_MudarPalato)** Mudar os gostos e procurar novos sabores para encaixar novas opções na dieta. (Por ex. “Também reaprendi a comer, lá está e a...a gostar de outros sabores. A pessoa tem que ir um bocadinho descobrindo...é um trabalho”; “alteraram-se e o meu paladar alterou-se e eu hoje tenho um paladar para sabores mais sofisticados e mais... que eu tenho que andar à procura deles e o meu paladar para aquelas coisas comuns da feijoada, da tomatada... não me entusiasma tanto, não. Até isso mudou, sabe? O meu taste mudou. Eu hoje estou muito mais sensível a outros sabores, a outras, a outras coisas mais... menos comuns.” ; “portanto perdi gostos”P40)
- 2.2.47 Encarar como sendo para toda a vida **(2.2.47 - P/FPPBS_Manut_EncararParaVida)** Encarar o processo da PPBS e as mudanças inerentes como sendo para o resto da vida e não um processo rápido com um final determinado. Não assumir que acabou

porque atingiu o objetivo de peso (Por ex. “Acho que é encarar as coisas como: “Isto não é uma dieta, isto é aquilo que tens de fazer para o resto da vida”, “Acho que as pessoas têm que encarar uma coisa que tem que ser feita para o resto da vida, como uma alimentação saudável, aquilo que se adequa ao nosso organismo e não como: “Ah, isto vai durar dois meses e depois acaba”, “Agora é manter mas eu ainda não considero isto uma coisa certa, eu ando sempre a lutar mais para que isto continue”; “Agora o que é que eu noto, noto que é uma coisa constante, que é, que é uma coisa para o resto da vida.”; “Por uma mudança de hábitos para o resto da vida.”)

2.2.48 Tolerância ao distress **(2.2.48 - P/FPPBS_Manut_TolDistress)**

Capacidade de suportar sentimentos negativos resultantes de uma ação ou inibição de uma ação e mesmo assim fazê-la.

2.2.48.1 Tolerância a uma situação desagradável sem especificação

(2.2.48.1 - P/FPPBS_Manut_TolDistress_S/Esp) Capacidade

para tolerar/ suportar a uma experiência de desconforto/sofrimento (sem especificação) no contexto da ingestão de comida a ingestão de comida. (Por ex: “isto há que fazer um bocadinho de sacrifício, não é, isto tem que se fazer sacrifício.”)

2.2.48.2 Tolerância à sensação de fome **(2.2.48.2 -**

P/FPPBS_Manut_TolDistress_Fome) Capacidade para tolerar/

suportar a sensação (Fisiológica ou psicológica) de fome. (Por ex. “eu sou uma pessoa que p’ra já tenho muita vontade de comer, tenho, ai tenho, tenho, é uma coisa...tenho”; “Ou seja, sinto fisicamente necessidade de comer mas percebi que é uma necessidade psicológica. Mas fisicamente, ela é verdadeira porque me dói o estômago...”EA6)

2.2.51 Adaptação geral da vida **(2.2.51 -**

P/FPPBS_Manut_AdaptarVidaDieta) Adaptação de múltiplos

aspectos da vida de forma acomodar a manutenção de peso perdido. (Por ex. “é adaptar a vida a que se consiga manter”; “entretanto reorganizei um bocadinho a minha vida, passei a comer mais em casa, passei a almoçar em casa e por exemplo, eu ainda hoje, faço isso.”; “Foi

- o ter-me organizado de outra forma, e ter encaixado essa organização na minha vida.”)
- 2.2.52 Desejo de fazer cirurgia **(2.2.52 - P/FPPBS_Manut_DesejoCirurgia)**
A necessidade de manter um peso mais baixo para poder ser ilegível para cirurgia de Bypass (Por ex. “Querer muito fazer esta operação”)
- 2.2.54 Opções com menos prazer **(2.2.54 - P/FPPBS_Manut_OpçMenosPrazer)** Optar por alimentos que dão menos prazer para evitar cair na tentação de comer demais. (Por ex. “As tostas, na maior parte das vezes como tostas sem manteiga, apesar da nutricionista me dizer que eu podia pôr manteiga magra mas eu (...)prefiro assim porque se não em vez de comer 3 ou 4 tostas, como 5 ou 6 e para, quero evitar, comer aos poucos e poucos determinadas coisas para que o cérebro não me venha outra vez... hum... à tentação de abusar coisas que eu deixei de comer.”; “só vou provar um doce, porque a mesa dos queijos dá-me cabo da cabeça”)
- 2.2.55 Problemas de saúde **(2.2.55 - P/FPPBS_Manut_ProbSaude)**
Necessidade de manter o peso baixo devido a problemas de saúde. (Por ex. “Neste caso a coluna. Portanto...tinha que me manter e tinha à força toda que manter.”)
- 2.2.57 Manter Hidratos **(2.2.57 - P/FPPBS_Manut_ManterHidratos)**
Cumprir uma dieta com redução de hidratos, mas sem eliminá-los, evitando a sensação de fome. (Por ex: “mas também para a massa muscular e portanto, às vezes também não me apetece comer muito arroz, só comia só uma salada mas ponho um bocadinho de arroz ou batata cozida porque sei... Sei que preciso disto”)
- 2.2.58 Consequências positivas **(2.2.58 - P/FPPBS_Manut_ConsPositivas)**
As consequências positivas que advieram da perda de peso como motivador para manter a PPBS. (Por ex. “E, e, eu acho que parte do sucesso está em [não me querer ver gorda outra vez], gostar de poder entrar numa loja e ver roupa que me sirva, roupa que eu goste e que me sirva.”; “Mudou a qualidade de vida,”; “contribuem mas...a pessoa tem que ser uma coisa muito da nossa cabeça, ou seja, [temos que constantemente nos lembrar porque é que temos aquele peso, o sacrifício que fizemos] e do bom, que é o que eu digo, se calhar é a vaidade feminina que nós todas temos que é ir a uma loja e alguém não

nos dizer: “Aqui não há números para si.” Não é? Aliás depois de emagrecer isso tudo durante cerca de um ano, eu chegava às lojas e tinha sempre um ou dois números acima”EA6; “depois aqueles dezoito assim num ano...a pessoa fica de rastos, não é? Ah...e portanto, eu acho que exteriormente há um momento, para mim foi mais aquela vaidade de “agora já posso ir aquelas lojas, posso comprar aquela blusa, posso vestir aquilo...posso ficar com uma silhueta...”, isso motiva.”EA6)

- 2.2.59 Preocupações com saúde no futuro **(2.2.59 - P/FPPBS_Manut_PreocSaude)** Preocupação com eventuais problemas de saúde futuros provocados pelo excesso de peso como fator potenciador da manutenção da PPBS. (Por ex. “E também pensar que não é saudável...não é saudável principalmente quando a pessoa tem quarenta e tal anos, porque desenvolve diabetes, porque desenvolve uma série de coisa que agora com a idade é perigoso, já não tenho vinte anos, não é? Em que a pessoa nem pensa nisso, não é? Ou problemas cardíacos ou outra coisa qualquer e portanto e pensar: “Que estou assim porque estou saudável, que isto é saudável”; “Ele fez, ele fez o programa na televisão, já há alguns anos (pausa), hum, que mostrava algumas coisas, algumas explicações e a própria dissecação do, de cadáveres com, com obesos (...)E aquilo mexeu muito comigo.”)
- 2.2.60 Recordar o Esforço **(2.2.60 - P/FPPBS_Manut_RecordarEsforço)** Recordar o esforço que foi necessário para perder o peso como forma de motivar para manter a PPBS. (Por ex. “temos que constantemente nos lembrar porque é que temos aquele peso, o sacrifício que fizemos; “.” E depois lembrei-me, depois do todo o sacrifício que eu fiz para tirar este peso”Ea6)
- 2.2.61 Insight sobre dificuldades para manter o peso **(2.2.61 - P/FPPBS_Manut_InsightDifPeso)** Refletir e ter insight acerca dos processos emocionais que dificultam a manutenção da PPBS.)Por ex.; Percebi que, perceber as asneiras,”))
- 2.2.63 Fazer mais refeições **(2.2.63 - P/FPPBS_Manut_MaisRefeições)** Fazer mais refeições durante o dia evitando passar muito tempo sem comer e ingerindo menos alimento em cada uma como estratégia de manutenção da PPBS. (Por ex. “Sim, sim. Porque é pior eu não comer e depois

passado 5 ou 6 horas ir comer desalmadamente alguma coisa do que assim, se eu tiver o estômago cheio, como uma coisa saudável e não tenho fome.”; “E depois só às onze e meia é que eu pensei: bem eu tenho que comer alguma coisa, senão nem tinha comido nada. Eu tenho de comer alguma coisa.”; “E tenho, e pelo menos pequeno-almoço tenho que fazer, lanche também tenho que fazer mesmo. Mesmo que não me apeteça muito eu tenho que fazer o lanche; porque se eu não faço lanche, ao jantar dá-me vontade de comer hidratos, porque tenho fome. Se eu fizer o lanche, depois janto uma salada ou...”)

- 2.2.64 Manter ativo **(2.2.64 - P/FPPBS_Manut_ManterAtivo)** Manter algum nível de atividade evitando passar longos períodos em atividades que não implicam atividade física. (Por ex: “sou uma pessoa que hoje tento não estar em casa sentado em frente ao computador”; “Mas ter uma actividade sempre física sobretudo física”; “Regra geral é assim que funciona. E depois tenho uma actividade física bastante intensa”; “E isso parece que não, ajuda a manter porque ou seja uma pessoa não está parada,”; “. E depois tenho uma actividade física bastante intensa, ou seja, não, tento desenvolver projectos e estar com pessoas que estão a desenvolver projectos, ajudar pessoas a desenvolver outros projectos, coisas que eu sinto com que eu me identifico, pessoas com quem eu me identifico também. E isso parece que não, ajuda a manter porque ou seja uma pessoa não está parada, uma pessoa tem [uma alimentação saudável] e ao mesmo tempo tem uma actividade física, uma actividade bastante alta, elevada, isso, acho que isso é o fundamental. Acho que é o sair de casa.” P17)
- 2.2.65 Alimentação saudável **(2.2.65 - P/FPPBS_Manut_AlimentaçãoSaudavel)** Fazer uma alimentação saudável sem especificar (Por ex: “mas por norma tenho uma alimentação muito saudável. Muito mais saudável.”)
- 2.2.66 Intervalo entre refeições **(2.2.66 - P/FPPBS_Manut_IntervaloRefeições)** Ter um intervalo de tempo definido entre refeições (Por ex: “mas mantenho sempre o número de horas necessário...entre refeições”)
- 2.2.68 Evitar determinados contextos **(2.2.68 - P/FPPBS_Manut_EvitarContextos)** Evitar contextos particulares associados a uma percepção de incapacidade de autocontrolo ao nível da

ingestão alimentar como estratégia para manter a PPBS. (Por ex: “E se há uma comida que é em conjunto, eu digo, desculpem lá, mas eu não vou.”)

- 2.2.69 Responsabilidades familiares **(2.2.69 - P/FPPBS_Manut_RespFamiliares)** As responsabilidades perante a família e a capacidade acrescida de resposta com a redução de peso como fator motivador para a manutenção da PPBS. (Por ex: “Só se for por causa da, em termos de, do aumento do, da, do, do aumento do agregado familiar”; “ter a percepção que... que o aumento da, do número de filhos que... hum... iria... hum... iria, prontos, não sei explicar. Iria... hum... aumentar a minha responsabilidade.”; “portanto eu teria que ter mais, mais encaixe entre aspas”)