



**Preditores psicossociais do controlo do peso na
obesidade**

Psychosocial predictors of weight control in obesity

MARIA TERESA DA SILVA RAMOS DE SOUSA

Orientador: Prof. Doutor Pedro Alexandre Afonso de Sousa Moreira

Monografia

Porto, 2010

A AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Pedro Moreira por toda a disponibilidade, colaboração, transmissão de conhecimentos e pelo excelente exemplo como professor.

Aos pais, manos e amigos que me incentivaram, apoiaram e contribuíram de uma maneira ou de outra para a realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
ÍNDICE	ii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
A. INTRODUÇÃO	1
1. Estratégias terapêuticas para a perda de peso	2
2. Importância do estudo dos preditores psicossociais do controlo do peso	5
B. PREDITORES DO CONTROLO DO PESO	6
1. Preditores psicológicos	6
1.1. Dietas prévias e tentativas repetidas de perda de peso	7
1.2. “Binge eating” – comportamento alimentar compulsivo	8
1.3. Restrição e desinibição da ingestão	9
1.4. Auto-eficácia e auto-motivação	10
1.5. Expectativas de resultados	12
1.6. Locus de controlo	14
1.7. Imagem corporal e auto-estima	15
1.8. Saúde mental e stress percebido	18
2. Preditores sociais	20
2.1. Apoio social	20
2.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde	31

3. Outros preditores	22
3.1. Peso e IMC iniciais	23
4. Actividade Física e variáveis psicossociais	23
4.1. Variáveis relacionadas com o exercício	24
C. ANÁLISE CRÍTICA	28
D. CONCLUSÃO	30
E. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

RESUMO

A obesidade está, actualmente, a atingir proporções epidémicas. Apesar da importância dos aspectos genéticos na obesidade, os determinantes psicológicos, comportamentais e ambientais explicam grande parte da variação encontrada na regulação do peso. A identificação destes preditores nos resultados do peso é crucial no sentido de prevenir o excesso de peso, adequar o tratamento às necessidades dos pacientes, melhorar os tratamentos e sugerir terapias complementares para o maior sucesso do controlo do peso. Neste trabalho serão abordados os preditores psicossociais, preditores biológicos e variáveis relacionadas com o exercício físico com influência no controlo do peso. Assiste-se a um aumento da procura por um tratamento eficaz, mas para isso, é necessário não esquecer que o seu sucesso requer um esforço continuado e multidisciplinar. Os programas de tratamento da obesidade envolvem factores fisiológicos e psicológicos individuais que interagem com o ambiente de forma complexa, produzindo uma série de respostas diferentes na alteração do peso. Os estudos sobre os determinantes no controlo do peso têm revelado evidências mistas, umas mais significativas do que outras, com aplicação prática limitada. Os aspectos motivacionais parecem ser os mais decisivos para o sucesso na perda de peso e na manutenção dessa redução. A auto-motivação e a autonomia e as poucas tentativas de perda de peso antes do tratamento revelaram-se como os preditores mais consistentes e fortes de sucesso. Outras evidências sugerem que

a imagem corporal satisfatória, a elevada auto-eficácia relativamente à ingestão, a expectativa realista dos resultados obtidos com o tratamento e a prática de exercício possam, também, estar associadas com a perda de peso. Dar continuidade a esta pesquisa é necessário, assim como, reanalisar evidências já existentes, no sentido de aumentar a informação disponível acerca de possíveis relações entre estes domínios das variáveis e a perda de peso.

Palavras chave: Comportamento, obesidade, preditor, tratamento

ABSTRACT

Nowadays, obesity is reaching epidemic proportions. Despite the importance of genetics in obesity, the psychological, behavioral and environmental factors explain much of the variation in weight regulation. Identifying these predictors on the weight results is crucial to prevent overweight, tailor treatments to patients needs, improve treatments and indicate complementary therapies for a more successful weight control. In this task will be addressed psychosocial predictors, biological predictors and physical activity related variables with influence on weight control. We are witnessing an increasing seek for effective treatments, but it is very important not to forget that in order to succeed it is required a sustained and multidisciplinary effort. The obesity treatment programs involve individual psychological and physiological factors that interact with the

environment in complex ways, producing a number of different responses in weight change. Research on the weight control factors have proven mixed, some more significant than others, with limited practical application. The motivational aspects seem to be the most decisive for weight loss and maintenance of that reduction. Self-motivation, autonomy, and the few attempts for weight loss before the treatment turned out to be the most consistent and strongest predictors of success. Other evidences suggests that the satisfactory body image, the high eating self-efficacy, the realistic outcomes expectations and the physical activity can be, also, associated with weight loss. Continue this search is necessary, as well, reanalyzed existing evidence to increase the information available about possible relationships between these aspects of variables and the weight loss.

Keywords: Behavior, obesity, predictor, treatment

A. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença orgânica, crónica e de origem multifactorial, que se desenvolve a partir da interacção entre o genótipo, as características individuais e o ambiente ^(1, 2).

Actualmente, a prevalência da obesidade está a atingir proporções epidémicas a nível mundial ⁽³⁾ e Portugal não é um país de excepção relativamente a este problema de Saúde Pública ⁽⁴⁾. O aumento exponencial da obesidade pode ser interpretado como um resultado do fenómeno de transição nutricional: assiste-se a uma passagem da desnutrição para a obesidade, acompanhada de uma redução na prevalência das doenças atribuídas ao subdesenvolvimento e ao aumento daquelas que estão associadas à modernidade. Este processo de modernização mundial trouxe consigo mudanças económicas, sociais, demográficas e mudanças relacionadas com a saúde, responsáveis por mudanças nos padrões alimentares através da incorporação da “padrão alimentar ocidental” (alimentação rica em gordura e açúcares refinados e pobre em fibras) pela população e mudanças ao nível da actividade física das populações associadas a um estilo de vida sedentário ⁽⁵⁾.

A obesidade e o excesso de peso em adultos estão relacionados com um decréscimo na expectativa de vida e com o aumento da mortalidade precoce ⁽⁶⁾. As consequências associadas à obesidade incluem a doença celíaca, doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, hipertensão, dislipidemia, osteoartrite e apneia do sono ⁽³⁾.

Para perceber a instalação da obesidade nos indivíduos, é importante recordar que o peso é o resultado da interacção complexa de factores genéticos,

comportamentais, psicológicos e ambientais. Perder peso é difícil e ainda mais difícil é manter essa perda: a maioria dos indivíduos tendem a ganhar peso depois do tratamento, por isso, os aspectos motivacionais são decisivos no momento de iniciar um programa de redução de peso e para manter essa redução ⁽¹⁾.

1. Estratégias terapêuticas para a perda de peso

A combinação de uma modificação na dieta acrescida da prática de exercício físico e de uma terapia comportamental pode ser um elemento fundamental para a perda de peso ⁽⁷⁾:

- *Terapia dietética*: inclui instruções para a modificação da dieta para atingir os objectivos de peso que na maior parte dos casos é a redução energética moderada;
- *Actividade Física*: o seu aumento é importante para a perda de peso pelo aumento do gasto energético e para a sua manutenção. Pode ajudar a reduzir a gordura corporal e a prevenir a redução de massa muscular que se encontra frequentemente na perda de peso;
- *Terapia Comportamental*: deve ser aplicada para promover a adopção de ajustamentos na ingestão alimentar e actividade física. Estratégias comportamentais específicas incluem o auto-monitorização, a gestão do stress, o controlo de estímulos, a resolução de problemas, a reestruturação cognitiva e o apoio social.

A farmacoterapia aplicada em tratamentos a longo prazo pode ser importante em determinados indivíduos e deve ser usada apenas num programa que inclua, também, os elementos descritos anteriormente: dieta, actividade física

e terapia comportamental. A cirurgia é uma opção de terapia para pacientes com obesidade extrema que proporciona uma perda de peso significativa por mais de cinco anos na maioria dos pacientes ⁽⁷⁾. Contudo, nem a farmacoterapia nem a cirurgia serão abordadas nesta monografia que procurará identificar factores psicossociais com impacto no comportamento associado ao controlo do peso. A sua identificação é crucial para perceber fenómenos envolvidos na perda e no ganho de peso.

O principal objectivo da terapia de perda de peso é melhorar ou eliminar as condições mórbidas que se associam à obesidade e diminuir o risco de complicações clínicas no futuro ⁽¹⁾. Assim, a determinação dos riscos impostos à saúde pelo excesso de peso e a presença de complicações da obesidade deve ser cuidadosamente avaliada e levada em conta no momento da escolha da melhor terapia a ser instituída.

Tratar o excesso de peso ou a obesidade incorpora dois processos: a avaliação e a gestão. O primeiro inclui a determinação do grau de obesidade e de todos os riscos envolvidos para a saúde do indivíduo. A gestão deste processo envolve, não só, a redução do peso corporal e a manutenção do novo peso atingido, mas também medidas de controlo de outros factores de risco associados ⁽⁷⁾.

Uma perda de peso inicial de 10% alcançado ao longo de 6 meses é um objectivo recomendado e taxas maiores de perda de peso não traduzem melhores resultados a longo prazo ⁽⁸⁾. Após esse período, a prioridade deverá ser a manutenção do peso alcançada através da combinação de alterações na dieta, na actividade física e no comportamento. Quando a perda de peso ou a redução da gordura corporal não são alcançadas porque o paciente ainda não se encontra

preparado, o objectivo terapêutico deverá ser a prevenção de um futuro ganho de peso e a exploração dos obstáculos que impedem a redução desse peso ⁽⁷⁾. Porém, se o paciente está pronto para perder peso, um tratamento estruturado e com objectivos bem definidos deve ser instituído. Esses objectivos e expectativas devem ser realistas e discutidos cuidadosamente e um acompanhamento frequente e contacto a longo prazo são necessários. Alterações na dieta e na actividade física, associadas à terapia de modificação de comportamento, são a base de tratamento para todos os pacientes com sobrepeso ou obesidade.

É sabido que a recuperação ponderal ocorre em mais de 80% dos indivíduos que perderam peso ⁽¹⁾. Daí a necessidade de uma maior preocupação com a adopção de programas de manutenção de peso e com o aconselhamento acerca das alterações efectivas no estilo de vida. Os indivíduos em acompanhamento periódico com os profissionais de saúde têm maiores oportunidades de preservar essa perda de peso ⁽¹⁾. O processo pelo qual muitos indivíduos se ajustam ao tratamento da obesidade, pode contribuir para melhorar a eficácia da intervenção e facilitar o ajustamento.

Como já foi referido anteriormente, a obesidade é uma doença crónica e por isso, os pacientes e profissionais de saúde deverão ter em consideração que o sucesso do tratamento requer um esforço continuado. É importante conhecer a evolução da perda de peso e da sua manutenção e identificar os preditores de um bom ajustamento ao tratamento.

2. Importância do estudo dos preditores psicossociais do controlo do peso

Prever a perda de peso com exactidão é uma tarefa bastante difícil, se não impossível ⁽⁹⁾. Os preditores da perda e do ganho de peso referem-se a factores relacionados com o controlo do peso e o sucesso final do tratamento. Predizer a preparação de um paciente para a perda de peso e identificar as variáveis que estão potencialmente associadas ao seu sucesso é um passo importante para otimizar a eficácia da intervenção para cada indivíduo ou grupo de indivíduos com perfis semelhantes através de uma adequação óptima dos tratamentos às características dos participantes ^(10, 11) e para monitorar candidatos que não se encontram em tratamento e estimar a sua probabilidade de sucesso ⁽¹²⁾. Para perceber os padrões da actividade física e comportamentos alimentares, é fundamental conhecer as variáveis psicossociais associadas ao indivíduo e avaliar as características e nível de preparação dos participantes no início dos programas de controlo do peso.

Por preditores psicossociais ao longo desta monografia, entendemos as variáveis que se possam associar de forma positiva ou negativa com a perda e o ganho de peso e vamos identificar preditores psicossociais, preditores biológicos e variáveis relacionadas com a actividade física. Os preditores podem ser divididos em preditores do ganho/perda de peso na população, preditores da modificação do peso ao longo do tratamento e preditores da manutenção do peso após a perda de peso.

Estudos têm procurado, durante anos, com algum sucesso, identificar os preditores da perda de peso permitindo a aplicação de cuidados de saúde por

parte dos profissionais, antes do tratamento, no sentido de identificar indivíduos que tenham uma alta ou baixa probabilidade de sucesso.

B. PREDITORES DO CONTROLO DO PESO

1. Preditores psicológicos

Preditores individuais do controlo de peso têm sido previamente identificados, através da compilação de informações provenientes de revisões, livros e estudos de pesquisas originais. Variáveis como o peso inicial, a auto-eficácia relativamente à ingestão e a ausência de tentativas anteriores de perda de peso ⁽¹⁰⁾, com alguma evidência comprovada, sugeriam a existência de uma relação preditora da perda de peso, enquanto outras variáveis como o *binge eating*, a restrição da ingestão, psicopatologias e factores de personalidade eram referenciados como não preditores. Portanto, estas serão abordadas seguidamente na monografia.

Os indivíduos obesos são, muitas vezes, caracterizados, de uma maneira geral, por uma baixa auto-estima, dificuldades no auto-controlo limitações mentais ⁽¹³⁾. “Ser gordo” não significa ter problemas psicológicos, sendo necessário desmistificar esta crença que é muito utilizada como explicação para o excesso de peso ⁽¹⁴⁾. Os aspectos psicológicos relacionados com a obesidade, envolvem vários factores como a depressão, a ansiedade, a compulsão alimentar ou um sentimento de culpa e mecanismos fisiológicos como a resistência ao jejum na vigência de dietas restritivas que podem, também, estar associados a uma perda de peso subóptima, com prejuízos para a saúde ⁽⁷⁾. Por sua vez, um ambiente

competitivo, com altas expectativas da adequação a um corpo perfeito pode ser responsável por problemas de realização pessoal para os indivíduos. Assim, a existência de um transtorno psicológico/psiquiátrico anterior ao início do tratamento é um factor prognóstico não só para o abandono do tratamento como para a piora psicológica durante e após a perda de peso ^(15, 16).

Frente a isso, a inclusão dos profissionais da área da psicologia e da psiquiatria na terapia para a perda de peso mostra-se de fundamental importância, por permitir um diagnóstico mais apurado desses aspectos na conformação da obesidade, assim como para a definição do tratamento mais adequado.

1.1. Dietas prévias e tentativas repetidas de perda de peso

Se por um lado o historial de peso de um indivíduo não é indicador dos resultados, a participação prévia frequente em programas para a perda de peso e as tentativas repetidas de alcançar esse objectivo estão relacionadas com perspectivas negativas na perda de peso ⁽¹⁰⁾. Esta situação pode reflectir uma resistência fisiológica à perda de peso, se relacionada com a componente genética ou se desenvolvida durante vários anos. Estudos demonstraram que um maior número de tentativas de cumprir uma dieta e de perder peso anteriores ao tratamento, está associado a um baixo sucesso na perda de peso no *follow-up* ^(17, 18). A maioria dos estudos sugerem que a participação prévia em programas de perda de peso e as tentativas anteriores de fazer dieta são preditoras de piores resultados durante e após o tratamento da obesidade ^(19, 20).

1.2. *Binge eating* – comportamento alimentar compulsivo

O comportamento alimentar compulsivo, a restrição alimentar e a desinibição estão entre as variáveis mais estudadas no contexto do controlo e manutenção do peso ⁽⁹⁾.

Os obesos com comportamento alimentar compulsivo evidenciam-se como uma subcategoria entre a população de obesos. Alguns padrões comportamentais parecem determinar a sua ocorrência acarretando outros aspectos psicopatológicos que tendem a agravar o quadro clínico. Aproximadamente 20 a 30% dos indivíduos obesos que procuram tratamento para a perda de peso sofrem de *binge eating* ⁽⁷⁾. Este comportamento alimentar compulsivo envolve a ingestão anormal de uma elevada quantidade de alimentos e a perda do controlo durante essa superingestão, provocando sentimentos de angústia e ansiedade. É aqui que estes indivíduos se diferenciam dos outros que “gostam de comer e por isso comem muito”. De um modo geral, eles não seguem um plano alimentar regular e em vez disso, recorrem a alimentos tipo *snack* ao longo do dia ⁽⁷⁾.

A superingestão emocional, especialmente na presença de episódios de compulsão alimentar, é normalmente vista como um factor negativo na perda de peso e associado com mais barreiras percebidas para atingir esse objectivo. Ainda assim, alguns destes indivíduos são capazes de cumprir com os objectivos propostos, mas quanto maior a ansiedade e a depressão ou quanto mais caótico o padrão alimentar, maior é a probabilidade de ser necessário aconselhamento psicológico e nutricional ⁽⁷⁾.

Os indivíduos que demonstram elevados níveis de compulsão alimentar geralmente apresentam uma taxa de recaída caracterizada por um ganho de peso

⁽¹³⁾ ou de abandono do programa muito superior à dos restantes indivíduos pela incapacidade de adesão aos novos padrões de ingestão ⁽⁹⁾.

A maioria dos estudos demonstra a inexistência de qualquer relação entre a presença de compulsão alimentar nos indivíduos no início do tratamento e alterações no peso corporal durante o programa ^(17, 18, 21). Estes resultados podem ser explicados pela elevada heterogeneidade de características medidas da ingestão, tendo em vista outras variáveis relevantes que podem funcionar como confundidores ou mediadores, como a restrição da ingestão que pode desencadear episódios de ingestão excessiva ⁽²²⁾. Assim, se for possível normalizar os comportamentos alimentares, como o controlo cognitivo, serão obtidos melhores resultados na qualidade de vida e consequentemente na perda de peso.

1.3 Restrição e desinibição da ingestão

A restrição cognitiva da ingestão refere-se à tendência para controlar a ingestão alimentar com o objectivo de prevenir o aumento ponderal ou promover a perda de peso ⁽²³⁾. Contudo, os indivíduos obesos com elevada restrição podem apresentar um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta intercalados com períodos de desinibição onde o consumo alimentar é muito grande, com tendência a constituir episódios de compulsão alimentar, devido à dificuldade de sustentar a restrição energética por muito tempo, isto é, de vez em quando cedem ao desejo e comem descontroladamente ^(24, 25). Este comportamento paradoxal, designado por contra-regulação, pode ser explicado pela desinibição do controlo cognitivo, consequente à percepção de terem ultrapassado a quantidade de

alimento que normalmente se permitem ingerir ou pela percepção de um conteúdo calórico errado do alimento em questão ou, ainda, por desinibidores de outras ordens como o stress, depressão ou a ingestão de bebidas alcoólicas ⁽²⁶⁻²⁸⁾. Assim, a restrição pode incluir a noção de que uma preocupação excessiva com o peso pode levar o indivíduo a episódios de sobrealimentação (desinibição), na presença de condições que se opõem ao auto-controlo. Dentro do conceito de restrição, distinguem-se os domínios de controlo rígido e flexível da ingestão com implicações distintas a longo prazo ⁽²⁹⁾. Um controlo mais flexível da ingestão está associado a melhores resultados da perda de peso e é caracterizado por um comportamento não dicotómico no qual os indivíduos comem de acordo com a sua vontade e a fome que sentem ⁽²⁹⁾. Por sua vez o controlo rígido é mais de tipo “tudo ou nada” para o controlo da alimentação e do peso: os indivíduos fazem frequentemente dieta, evitando determinados alimentos para não engordar, mas se os ingerirem não vão procurar uma compensação desse consumo, comendo menos ⁽²⁹⁾. Como foi referido anteriormente, uma dieta restritiva pode levar a uma tendência maior para um fenótipo de comportamento de restrição rígida e desencadear maior vulnerabilidade a episódios de ingestão excessiva e flutuações de peso em indivíduos susceptíveis ⁽³⁰⁾. Esta dimensão de restrição pode trazer resultados a curto, mas não a longo prazo, principalmente se outras estratégias não forem agregadas ⁽¹⁾.

1.4. Auto-eficácia e auto-motivação

Mas, afinal, quais serão as condições/acontecimentos que conduzem os paciente a procurar a perda de peso? As respostas a esta questão vão fornecer

informações acerca da motivação e objectivos para a perda de peso nos pacientes. Na maioria dos casos, é a presença da obesidade há vários anos que vai justificar a procura deste tratamento, no entanto, esse factor “motivador” varia de pessoa para pessoa ⁽⁷⁾.

A motivação é, então, algo que faz uma pessoa agir, que direcciona um comportamento e permite a sua persistência. A auto-motivação surge do indivíduo, pertence aos seus desejos, necessidades ou objectivos ⁽³¹⁾. Bandura define a auto-eficácia como a crença do indivíduo acerca das suas capacidades para organizar e executar acções necessárias para produzir determinados resultados ⁽³²⁾. Na promoção da mudança comportamental ligada à saúde, é preciso fornecer às pessoas, não só as razões para mudar o comportamento, mas também os meios e recursos para o fazer. A auto-regulação do comportamento requer certas habilidades de auto-motivação e auto-direcção e a capacidade de as usar de forma efectiva e consistente sob uma forte crença na própria capacidade de exercer controlo.

A auto-eficácia envolve todos estes aspectos da mudança comportamental ligados à saúde, tendo-se revelado, por isso, um modesto, mas poderoso preditor em vários domínios como, por exemplo, na perda de peso ^(33, 34). As conclusões acerca da capacidade preditora da auto-eficácia na perda de peso são limitadas e não estão totalmente esclarecidas. Estudos antigos concluíram que a elevada auto-eficácia relativamente ao comportamento alimentar era, talvez, o único preditor realista da subsequente perda de peso ⁽³⁵⁾, possivelmente por considerarem a auto-eficácia de um modo mais geral (por exemplo, como mediador do sucesso) do que apenas como um preditor no pré-tratamento. Evidências demonstram que uma elevada auto-eficácia relativamente ao

comportamento alimentar pode melhorar o patamar inicial, assim como, a qualquer altura se pode revelar como não preditor da consequente perda de peso⁽³⁶⁾. Por sua vez, a relação entre as alterações na auto-eficácia relativamente ao exercício e à ingestão alimentar e a redução no peso são mais consistentes⁽³⁷⁻³⁹⁾.

A determinação de quanto esforço o paciente é capaz de fazer para perder peso é importante para direccionar as opções de tratamento⁽¹⁾. A auto-motivação e autonomia são essenciais para o sucesso na perda de peso e são vistos como um ponto forte para ter bons resultados, na medida em que é importante que cada pessoa veja a meta final como um objectivo seu e não algo imposto pelo exterior e que potencia o aumento da informação permitindo uma melhor compreensão da sua condição⁽⁴⁰⁾. A auto-confiança é muito relevante para o sucesso e se cada um encarar o tratamento de uma forma positiva, irá alcançar a sua meta de uma forma mais consciente.

1.5. Expectativas dos resultados

O estudo das expectativas dos resultados como preditor da perda de peso é particularmente importante no contexto da discussão acerca do papel das expectativas (realistas ou não) para a perda de peso antes do tratamento⁽⁴¹⁾.

“Qual será o peso que o paciente espera perder?” ou “Qual é o peso que o paciente gostaria de perder?” são perguntas que referem diferentes tipos de expectativas dos pacientes antes de iniciarem o tratamento para a perda de peso⁽⁷⁾.

Indivíduos que buscam tratamento para a perda de peso, apresentam muitas vezes expectativas exageradas e preocupam-se bastante com o alcance

do peso desejado ⁽⁸⁾. Quanto mais modestos forem os objectivos para a perda de peso e menores forem as exigências, maior é a probabilidade de os alcançar e de manter essa perda de peso ⁽⁴²⁾.

Expectativas positivas são preditoras da perda de peso a curto prazo, e estão associadas a melhores resultados, especialmente quando os indivíduos revelam um baixo nível de fantasia e quando são acompanhadas por um forte sentido de garantia, do mesmo modo que expectativas positivas realistas parecem conduzir os pacientes a obter resultados mais duradouros ^(43, 44).

Muitos indivíduos iniciam um tratamento para a perda de peso em busca de melhoras do humor, da auto-imagem e/ou das relações pessoais com expectativas, muitas vezes, sobrestimadas para os primeiros meses de tratamento ⁽⁴⁵⁾, acabando por desistir a meio do processo ⁽⁴²⁾.

As expectativas de perda de peso em indivíduos obesos ou com excesso de peso parecem ser mais modestas nas tentativas de perda de peso subsequentes. Contudo, essas expectativas não estão associadas ao sucesso prévio do tratamento, sugerindo que o IMC é um forte determinante do que é uma perda de peso razoável que se pode esperar ⁽⁴⁶⁾.

Os profissionais devem ajudar os pacientes a compreender que uma perda de peso modesta irá melhorar as complicações que a obesidade acarreta. O progresso deverá, então, ser avaliado pela conquista desses objectivos, especialmente quando a perda de peso diminui ou até mesmo quando pára.

1.6. Locus de controlo

Uma forma de avaliar a percepção das pessoas sobre o controlo que exercem em relação a acontecimentos nas suas vidas baseia-se no conceito de locus de controlo que se refere ao grau em que cada indivíduo acredita que o seu próprio comportamento determina os resultados da sua vida, por oposição ao que acontece por acaso ou ao impacto de outras pessoas e eventos externos ⁽⁴⁷⁾. Nos indivíduos com maior predominância de locus de controlo interno, existe uma tendência para perceber os eventos da vida como controlados pelo próprio sujeito, enquanto aqueles com locus de controlo externo tendem a perceber esses eventos como controlados por outros factores que não ele próprio como outras pessoas, entidades, o destino, a sorte ou as situações. Aplicando estes conceitos ao tratamento para a perda de peso, verifica-se que no controlo interno há a percepção de que o sujeito é responsável pelo controlo do seu peso e uma maior curiosidade pela procura de informação acerca do tratamento, traduzindo melhores resultados na manutenção do peso perdido ⁽⁴⁸⁾ e comportamentos mais adequados para o sucesso. No controlo externo do peso há a percepção de que os profissionais de saúde ou a família detêm esse controlo ou que pode até ser graças ao destino ⁽⁴⁹⁾. Assiste-se, então, a uma maior tendência para a externalidade nos indivíduos com excesso de peso.

Apesar de ser uma das variáveis mais estudadas entre os preditores da perda de peso, este conceito pode estar incluído na categoria de factores da personalidade com influência na perda de peso e dessa forma, ser classificado como um “não preditor” ⁽¹⁰⁾. No entanto, o locus de controlo tem uma

fundamentação teórica ⁽⁵⁰⁾ e um suporte empírico aceitável para o caracterizar como preditor da perda de peso.

A importância ou o valor que os indivíduos colocam nos resultados esperados pode ser uma avaliação concomitante relevante com o locus de controlo, podendo o seu efeito no comportamento ser mediado por cognições de valor ⁽⁹⁾.

1.7. Imagem corporal e auto estima

“Body image is body images” (Cash, 2003)

Mas será que a auto-estima limita ou facilita a manutenção do peso? A imagem corporal é uma das muitas componentes da auto-estima ⁽⁵¹⁾ e é considerada um traço multidimensional, envolvendo dimensões comportamentais, cognitivas e perceptuais ⁽⁵²⁾, por isso, não é de estranhar que indivíduos obesos estejam em risco de desenvolver uma auto-estima reduzida ⁽⁵³⁾. É composta por um conjunto de percepções e emoções ⁽⁵¹⁾ e é uma extensão do auto-conceito, que é uma descrição do que o indivíduo faz acerca de si próprio, dando um valor a esses sentimentos e representando uma auto-avaliação da sua forma de ser e estar ⁽⁵⁴⁾. As evidências relativamente ao poder preditivo da auto-estima são mistas, havendo estudos que demonstram a inexistência de uma relação estatisticamente significativa com a perda de peso e o contrário. A sua relação com a subsequente perda de peso, que é significativa a curto ⁽¹⁷⁾ mas não a longo prazo ⁽¹⁸⁾, tem sido várias vezes documentada. Podemos relacioná-la com a duração da manutenção da perda de peso, mas não com a perda *per si*: existe

uma positiva influência nos resultados da manutenção de peso, isto é, indivíduos com maior auto estima, como se avaliam subjectivamente de uma forma intrinsecamente positiva são capazes de manter a perda de peso por mais tempo (55).

A imagem corporal refere-se às multifacetadas experiências psicológicas que o nosso corpo vivencia, especialmente com a nossa aparência física. Trata-se do conceito que envolve auto-percepções e atitudes relacionadas com o corpo, incluindo pensamentos, crenças, sentimentos e comportamentos (56). Observa-se uma interacção entre os aspectos fisiológicos, neurológicos e emocionais, além dos factores sociais. Cada um desses processos analisados separadamente tornaria a análise incompleta e alterações em qualquer um deles poderia ocasionar consequências na experiência do corpo (57). As atitudes e sentimentos corporais são, portanto, fundamentais na determinação do comportamento individual, incluindo o comportamento alimentar.

O sobrepeso ou a obesidade tanto podem ser causa como consequência da insatisfação corporal. São condições altamente estigmatizantes na nossa sociedade, em qualquer idade da vida (58). A relação causal entre a imagem corporal e o peso ainda não está totalmente elucidada, tendo-se observado resultados mistos, explicados pela diversidade dos instrumentos de avaliação utilizados que demonstra a multidimensionalidade do próprio conceito. Alguns autores apontam que deve implicar a interiorização dessas mensagens estigmatizantes (59), levando à criação de barreiras e de perturbações da imagem corporal que condicionam os efeitos dos programas de perda de peso (60, 61).

A diversidade de avaliações deste conceito faz com que seja difícil chegar a uma conclusão. Existem estudos que descrevem os valores de algumas

dimensões da imagem corporal no início do tratamento como preditores dos resultados no peso final (melhor imagem corporal, maior perda de peso) ⁽¹⁷⁾. Um estudo, propõe a existência de uma relação de U invertido entre a insatisfação corporal e a motivação para realizar uma alimentação saudável ⁽⁶⁰⁾, isto é, um indivíduo satisfeito com a sua imagem encontra-se pouco motivado para fazer uma alimentação saudável e, assim, à medida que aumenta a insatisfação corporal, a sua motivação também aumenta, até um nível máximo em que se observa a relação inversa: o sujeito já não acredita que é capaz de mudar algo, pois o nível de ansiedade associado deverá ser tão elevado que impede a tentativa de perda de peso ou devido à presença de perturbações do comportamento alimentar que limitam a alimentação do indivíduo. As variações que surgem nos primeiros momentos do tratamento ao nível da imagem corporal poderão ter um impacto importante nos resultados finais ⁽⁶²⁾.

O descontentamento corporal pode estar associado com implicações negativas concomitantes na saúde e no comportamento, como a diminuição da auto-estima ⁽⁶³⁾. Quando relacionado com a ausência de uma história de perdas de peso repetidas, apresenta-se como um preditor significativo de sucesso na perda de peso ⁽⁹⁾. A idade do começo da obesidade e a depressão podem, também, afectar o impacto da imagem corporal negativa na obesidade. Um programa cognitivo-comportamental bem elaborado poderá ser suficiente para trabalhar os aspectos da imagem corporal no contexto do tratamento do peso ⁽⁶²⁾. As estratégias de valorização pessoal ligadas à promoção da imagem devem ser promovidas contribuindo para o aumento da auto-estima física e satisfação pessoal ⁽⁵¹⁾.

1.8. Saúde mental e *stress* percebido

Apesar da obesidade ter a sua vulnerabilidade bem explicada do ponto de vista biológico, entender a sua associação com os factores psicológicos pode ser de grande valia para a gestão clínica destes pacientes, uma vez que foi observado um nível significativo de depressão em pacientes que procuram tratamento para a obesidade ⁽⁶⁴⁾. A depressão refere-se a uma condição onde existem níveis patológicos crónicos ou severos de tristeza, desinteresse, falta de ajuda e outras emoções e comportamentos negativos. Os sintomas depressivos quando associados e permanecendo num período longo de tempo poderão levar à depressão ⁽⁶⁵⁾.

O humor e a depressão, como indicadores gerais de psicopatologias, não são geralmente medidas apropriadas para predizer uma consequente perda de peso, pelo menos considerando amostras clínicas heterogéneas; alguns sub-grupos podem estar particularmente vulneráveis ⁽⁶⁶⁾. A melhoria dos sintomas depressivos pode ocorrer durante o tratamento ^(67, 68). A prática de exercício físico, melhorias na imagem corporal e o contacto regular com a equipa de intervenção e um grupo de apoio são factores que vão trazer melhorias no humor e ajustamentos psicológicos durante a perda de peso ^(69, 70).

Verifica-se que elevados níveis de *stress* têm demonstrado comportamentos não saudáveis que podem contribuir para a obesidade, como uma dieta rica em gordura e a ausência de exercício físico ⁽⁷¹⁾. São, por isso, factores limitantes no tratamento do comportamento na obesidade e a sua influência é assumida como um dos temas mais importantes para a perda de peso.

Um programa de perda de peso bem sucedido também deverá incluir algum componente de redução da tensão. Situações de *stress* fazem parte do quotidiano e uma das consequências dessas situações pode ser a alimentação descontrolada. Os alimentos são vistos como gratificação substituta, equivalente de afecto, compensação ou recompensa e, neste caso, o que comanda o comportamento de ingestão alimentar são as emoções e não as necessidades nutricionais ⁽⁴⁰⁾. A ingestão excessiva pode ser um mecanismo de defesa para combater essa angústia ou para enfrentar sentimentos de inadequação pessoal. Indivíduos obesos podem consumir mais alimentos em situações de *stress* emocional, ansiedade, depressão, tristeza e irritação, principalmente as mulheres, como mecanismo compensatório, um acto tranquilizador de localização da ansiedade e angústia no corpo ⁽⁷²⁾. É importante ajudar esses pacientes a identificar estratégias que reduzam a escolha de alimentos quando se deparam com situações de *stress*.

No tratamento da perda de peso é importante conhecer qual o nível de *stress* do paciente e o seu “estado de espírito”. Pode não haver um momento perfeito para a perda de peso, mas alguns são melhores do que outros. Em certos casos, o tratamento pode ser adiado até o *stress* diminuir, aumentando assim as hipóteses de sucesso. A disposição do paciente deve ser avaliada para afastar a depressão e outras complicações. A determinação de quais intervenções serão necessárias deverá ter em conta as horas de sono dormidas, a baixa disposição ou falta de prazer nas actividades diárias: esse “estado de espírito” deve ser tratado antes do tratamento ser iniciado.

2. Preditores sociais

Para além dos preditores biológicos e psicológicos já mencionados, as variáveis sociais são, também, importantes na modulação do ganho e da perda de peso.

Em geral, observa-se que dentro da esfera social a obesidade recebe, por vezes, a definição de um estado desviante dos padrões de normalidade na cultura. Assim, o corpo gordo é considerado fora da norma social vigente que se contrapõe ao modelo socialmente aceitável ⁽⁷³⁾.

2.1. Apoio social

O ambiente em que um programa de perda de peso é implementado pode fazer muita diferença nos resultados finais, assim como o grau de apoio social a que o indivíduo tem acesso. O tipo de apoio, proporcionado pela equipa de intervenção, num programa para a perda de peso é importante para o seu posterior sucesso: se for visto como uma promoção da autonomia em vez de um controlo, os participantes obtêm melhores resultados ⁽⁷⁴⁾.

Nas influências sociais provenientes de familiares próximos ou outros, a distinção do tipo de apoio é importante. A sua medição no decorrer e no final do tratamento é mais correcta do que se for feita logo no início, pois assim será muito geral e irá medir estimativas erradas de um apoio futuro ⁽⁹⁾. Os esforços para a perda de peso provavelmente não terão sucesso se os pacientes sentirem que foram forçados a iniciar o tratamento por outros.

Apesar de alguns resultados sugestivos ^(75, 76), não existe evidência que o apoio social medido antes do tratamento é preditivo de resultados subsequentes do peso.

2.2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

O conceito “qualidade de vida relacionada com a saúde” tem sido usado para medir o funcionamento psicológico, físico e social da saúde do indivíduo e analisa esses domínios como áreas distintas que são influenciadas pelas vivências, crenças, expectativas e percepções em resposta à sua condição de doença ou saúde ⁽⁷⁷⁾.

Assim como o apoio social, as variáveis da qualidade de vida relacionadas com a saúde têm sido analisadas como preditoras de alterações no peso ⁽⁹⁾. Vários instrumentos estão disponíveis para medir este preditor nas suas dimensões física e mental, incluindo vários instrumentos específicos para a obesidade ^(11, 77), verificando-se que o excesso de peso se encontra associado a piores resultados na qualidade de vida, sendo essa associação mais intensa quanto maior o grau de excesso de peso demonstrado ⁽⁷⁷⁾.

Estudos relatam associação de *scores* de qualidade de vida relacionada com a saúde com subsequentes alterações do peso. Os resultados sugerem que o impacto do peso na qualidade de vida tem potencial como preditor da perda de peso e da sua manutenção e particularmente como um correlato de saída precoce ^(17, 18). Nesse estudo, mulheres que referiram uma baixa qualidade de vida relacionada com a saúde no início do programa, especialmente nas áreas de trabalho, saúde e auto estima, apresentavam menos sucesso na perda de peso, a

curto e a longo prazo ou acabavam por abandonar o programa ^(17, 18). Piores indicadores de qualidade de vida estão associados a maiores valores de excesso de peso, quer na medida da qualidade de vida geral (contexto inespecífico) ou específica ⁽⁷⁸⁾. Porém, as medidas não específicas da obesidade não possibilitam a previsão dos resultados finais do peso, enquanto os instrumentos específicos apresentaram evidências mistas ⁽⁹⁾.

A qualidade de vida relacionada com a saúde é menor em indivíduos com excesso de peso ou obesidade e pode ser considerada um preditor da adesão ao tratamento ⁽⁷⁹⁾.

3. Outros preditores

Apesar dos mecanismos ainda não estarem totalmente esclarecidos, existe uma forte influência genética no desenvolvimento da obesidade. Reconhece-se que o comportamento alimentar sofre influência genética e há indícios de que esta componente exerça influência sobre o gasto energético, mais concretamente sobre a taxa de metabolismo basal (TMB) ^(80, 81). Mutações nos genes de hormonas e neuropeptídeos responsáveis pela regulação do peso corporal estão, também, associados com a obesidade, porém, não explicam as formas mais comuns desta patologia ⁽²⁾. No entanto, a obesidade é uma doença que na maior parte dos casos tem como causa um balanço energético positivo, associado a um aumento do fornecimento de energia através da dieta e da redução da actividade física, característicos do estilo de vida ocidental contemporâneo ⁽⁸²⁾. Assim, a probabilidade de serem apenas os factores genéticos a explicar esta patologia é reduzida.

3.1. Peso e IMC iniciais

De entre as variáveis biológicas, o peso inicial e a taxa metabólica de repouso (TMR) são as que se encontram relacionadas com a perda de peso ⁽⁷⁾. Contudo, as evidências relativamente a esta associação não são totalmente conclusivas: estudos demonstram que indivíduos obesos ou com sobrepeso tendem a perder mais peso do que os restantes, embora a percentagem de peso perdido relativamente ao peso inicial seja semelhante ⁽⁹⁾; outros demonstram uma associação negativa ^(55, 83) ou até a inexistência de associação entre o peso/IMC iniciais e a perda de peso após o tratamento ^(18, 21). Neste ponto, o grau de obesidade parece ser importante e deve ser considerado para classificar a perda de peso absoluta durante o tratamento e os seus resultados a longo prazo. Um limite de peso inicial talvez seja necessário para considerar o peso inicial como um preditor significativo para a perda de peso ⁽⁹⁾.

4. Actividade Física e variáveis psicossociais

Do gasto energético de um indivíduo, faz parte a actividade física realizada por este, que compreende todas as actividades voluntárias. A relação da ascensão da obesidade com a redução do nível de actividade física refere-se às mudanças na distribuição das ocupações e nos processos de trabalho com redução do esforço físico ocupacional. Todas essas modificações contribuem para o aumento do comportamento sedentário que desempenha uma função importante no desenvolvimento da obesidade.

4.1. Variáveis relacionadas com a actividade física

Apesar da restrição alimentar ser considerada pela população em geral a primeira opção para a gestão do peso, a literatura sobre a importância do exercício físico num contexto de controlo de peso começa a ganhar destaque. A prática de exercício é muito importante neste processo, particularmente no seu sucesso a longo prazo ⁽⁸⁴⁾. Ainda assim, pode não constituir um método eficaz quando considerada isoladamente. Um impacto consistente e sustentável só será observado se for acompanhado por uma intervenção na ingestão alimentar. Em si, apresenta um efeito aditivo aos resultados que a restrição calórica proporciona ⁽⁸⁵⁾. O seu efeito isolado poderia proporcionar perdas de peso cujos valores poderiam facilmente ser confundidos pelo grande impacto energético tipicamente proporcionado pela restrição alimentar.

O modelo proposto por Baker e Brownell está representado na **Figura 1** propõe um conjunto de mecanismos fisiológicos e psicossociais para representar a influência da actividade física na gestão do peso. Segundo os autores, os conceitos propostos como mecanismos sociais do controlo do peso são os estados de humor e bem estar subjectivo, a imagem corporal, a auto-estima, a auto-eficácia e o *coping*, destacando que a melhoria no bem-estar e a auto-estima reforçada decorrentes da prática de actividade física conduzem a uma melhor adesão à dieta ⁽⁸⁶⁾. Vários estudos relatam esta associação positiva quer em indivíduos normoponderais ⁽⁸⁷⁻⁸⁹⁾ quer em indivíduos com excesso de peso ou obesidade ^(90, 91).

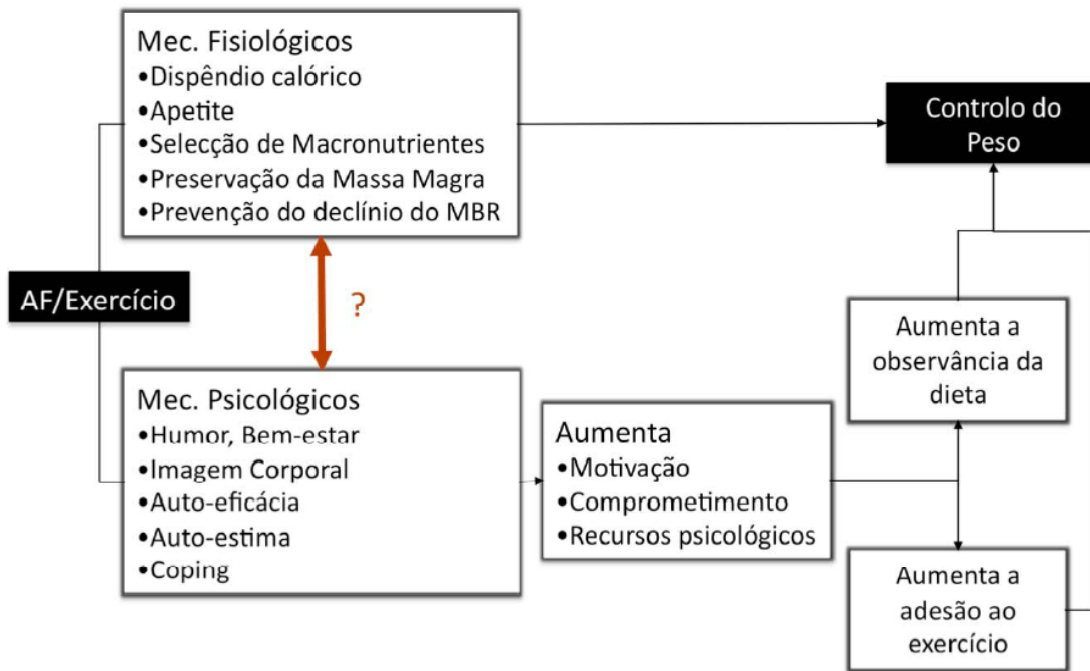


Figura 1: Mecanismos e potenciais relações causais entre a actividade física/exercício e o controlo do peso. (Palmeira, 2009)

Os benefícios psicológicos do exercício físico podem proporcionar um reforço positivo e mais imediato comparativamente à perda de peso por si só, que é mais demorada e nem sempre se encontra associada a ganhos de saúde, como é o caso das restrições alimentares mal conduzidas ⁽⁹²⁾. Além da sua contribuição directa para o gasto de energia durante e após as actividades, o exercício pode também contribuir para melhorar o cumprimento da dieta ⁽⁸⁴⁾, possivelmente através da diminuição da sensação de fome ou da desinibição e da melhoria do bem estar psicossocial ⁽⁹³⁾.

A prática de exercício físico proporciona uma forma de regulação emocional alternativa à ingestão de alimentos de conforto ⁽⁹⁴⁾, tornando-se útil, na medida em que melhora a regulação emocional, aumenta o dispêndio calórico e diminui da ingestão calórica ⁽⁹⁵⁾. Fazendo variar determinados parâmetros da prática do exercício físico, observa-se diferentes respostas emocionais: por

exemplo, a imposição de uma determinada intensidade de exercício em indivíduos com excesso de peso ou obesidade corresponde a uma resposta emocional negativa ⁽⁹¹⁾ o que vai limitar o controlo do peso, intensificada pela indução de situações de ingestão alimentar descontrolada. Assim, como benefícios psicológicos do exercício prolongado podemos destacar o impacto no bem-estar subjectivo, na auto-estima, na depressão e ansiedade ^(53, 96).

Alterações na tensão e auto-conceito físico são consideradas preditoras da adesão a esses programas que, por sua vez, são preditoras de alterações ao nível do peso. A inclusão do exercício logo desde o início dos programas de controlo de peso, parece, então, ser importante, contrariando a opinião de alguns autores que defendem que enquanto a modificação da ingestão alimentar não estiver correctamente implementada, poderá ser prejudicial a implementação de mudanças para a prática de exercício ⁽⁹⁷⁾.

Modelos motivacionais para a intenção da prática de exercício e comportamento têm sido desenvolvidos com algum detalhe e com relativo sucesso ⁽⁹⁸⁾. Os determinantes psicossociais associados à obesidade e inactividade física, se forem considerados, poderão aumentar a eficácia dos tratamentos, aumentando, por sua vez, a prática do exercício físico, através dos seus efeitos psicológicos ⁽⁹⁵⁾. Na **Figura 2** está explicada esta relação através de um ciclo em que é evidente a existência de resultados psicossociais comuns, salientando-se os efeitos negativos a nível emocional e cognitivo. Uma maior percepção da auto-eficácia para o exercício e a redução das barreiras percebidas estão significativamente associadas a resultados na perda de peso a curto e longo prazo ^(17, 18).

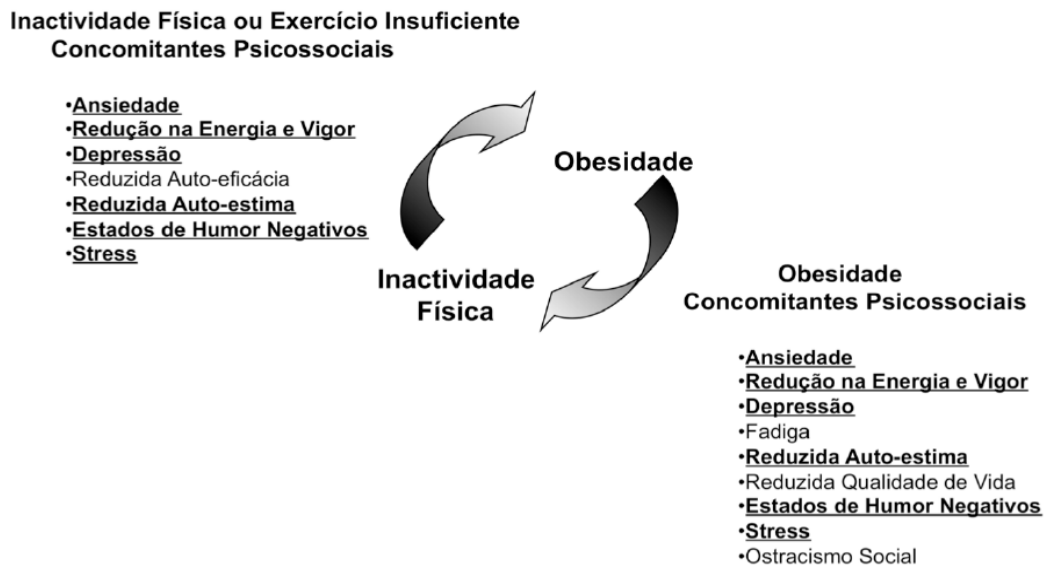


Figura 2: Ciclo Inatividade Física ou Exercício Insuficiente/Obesidade. (Palmeira, 2009)

O impacto positivo que o exercício promove ao nível das emoções e estados de humor apoia-se no facto que se um determinado comportamento estiver associado a questões afectivas positivas, terá uma maior possibilidade de ser repetido ⁽⁹⁹⁾. O seu efeito positivo ao nível da depressão e ansiedade, possibilita alternativas de lidar com situações de fome emocional e perturbações do comportamento alimentar, características destes estados. Ajuda, também, a combater o stress, que tem sido associado a situações de fome emocional e menos preocupação com as escolhas alimentares ⁽¹⁰⁰⁾. O exercício tem, também, um efeito positivo na auto-estima, conceito representativo do bem-estar psicológico do indivíduo: esta relação passa pelo auto-conceito físico que irá alimentar a auto-estima pela inclusão de componentes de aparência e competência física. Ainda assim, os mecanismos subjacentes a essa associação em situações de obesidade poderão estar condicionados devido à influência da

imagem corporal, em detrimento da componente de competência física ou desportiva⁽¹⁰¹⁾.

A prática regular de actividade física é a chave da componente comportamental para o tratamento e prevenção do sobrepeso e da obesidade. Considerando que a actividade física regular pode contribuir para a perda de peso na obesidade, as alterações metabólicas consequentes de diferentes tipos de exercício têm sido estudados. Sabe-se que a intensidade, a frequência e a duração do exercício bem como o tipo de dieta promovem diferentes adaptações metabólicas⁽²³⁾.

Ainda assim, pesquisas sobre variáveis psicossociais relacionadas com o exercício, no contexto do tratamento da obesidade, são consideravelmente escassas quando comparadas com outros conceitos, como comportamentos alimentares, a imagem corporal ou a saúde mental.

C. ANÁLISE CRÍTICA

Na sociedade actual, a par do aumento da preocupação com a saúde e escolhas alimentares, assiste-se à prática de uma alimentação inadequada típica da “dieta ocidental” e ao aumento do sedentarismo. Estes factores estão entre muitos que têm desencadeado a busca por um tratamento para a obesidade, tendo em vista a redução do peso corporal. É um facto que os riscos associados a este tipo de tratamento não podem ser postos de parte, no entanto, um programa bem estruturado com a intervenção de profissionais e devidamente cumprido trará, certamente, benefícios.

Modelos terapêuticos baseados no perfil bio-psico-social suportam, à partida, melhores resultados. Por isso, as abordagens metodológicas deverão

partir da perspectiva da obesidade como uma condição multifactorial, não fragmentada e de tratamento multidisciplinar de modo a promover uma instrumentalização mais eficiente dos profissionais de saúde envolvidos, no sentido de otimizar a sua área de actuação, espelhando melhores resultados na perda de peso e na sua manutenção. O Nutricionista é um destes profissionais que terá um papel crucial ao nível das alterações no comportamento alimentar dos indivíduos, garantindo a prática de um plano alimentar adequado e equilibrado do ponto de vista nutricional, procurando promover a alimentação “sem culpa” e explorar o consumo de determinados alimentos com vista a melhorar, também, determinados aspectos psicológicos importantes para o sucesso do tratamento.

Ao abordar o tema do tratamento para a perda de peso, verificamos que são inúmeras as variáveis/determinantes que contribuem para o seu sucesso, umas de um modo mais significativo do que outras. O seu estudo é, sem dúvida, de extrema importância e a prova disso é a quantidade de estudos e artigos publicados acerca deste tema. Ainda assim, é necessário dar continuidade a essa pesquisa pela grande variedade de conceitos envolvidos.

As abordagens de um tratamento para o excesso de peso e obesidade devem ser adaptadas às necessidades de cada paciente ou grupo de pacientes com características semelhantes. Na possibilidade de alguns tratamentos serem mais efectivos do que outros para determinados subgrupos de pacientes, as variáveis preditoras irão permitir uma adequação entre os tratamentos e os indivíduos. Assim, os pacientes serão poupados do *stress* que decorre das tentativas repetidas falhadas, do sofrimento físico e mental e será atribuída maior

importância aos indivíduos com maiores e melhores probabilidades de sucesso o que também irá permitir evitar custos económicos directos e indirectos elevados.

D. CONCLUSÃO

Considerando a grande variedade de metodologias, desenhos de estudo, e heterogeneidade de amostras usadas nos estudos analisados, a maioria dos conceitos são dificilmente isolados como preditores da perda de peso, sendo difícil retirar daí uma conclusão quanto ao sentido da causalidade. Para a maioria das variáveis, os estudos publicados até ao momento não são suficientes para estabelecer uma relação convincente, quer como preditora ou não preditora da perda de peso e por vezes, a causalidade reversa também permanece, sendo difícil afirmar se determinada variável é causa ou consequência da perda de peso.

Das variáveis analisadas, a auto-motivação e autonomia e as poucas tentativas de perda de peso foram as que se mostraram fortes e significativas preditoras de sucesso na perda de peso. Com base na força e consistência da associação entre as variáveis analisadas e os resultados do peso, e tendo em conta as evidências disponíveis, podemos considerar uma associação entre a imagem corporal satisfatória, a elevada auto-eficácia relativamente à ingestão, a expectativa realista dos resultados e a prática de exercício com a posterior perda de peso.

Pela escassez dos dados relativos aos moderadores de sucesso, não pode ser descrita uma conclusão definitiva acerca da correspondência dos indivíduos aos tratamentos, por isso, aprofundar a pesquisa acerca deste ponto é importante.

Na esperança que os preditores consistentes da perda de peso se tornem cada vez mais disponíveis, a pesquisa deverá prosseguir, pois a sua identificação é crucial para o sucesso do tratamento. Além da pesquisa, é necessária a criação de meios mais eficientes para analisar as evidências disponíveis e detectar associações significativas entre os eventuais preditores e os resultados de sucesso no controlo do peso.

E. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Claudino AM, Zanella, M. T. Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade. Barueri - SP; 2005.
2. Guilá MVM. Obesidad: interrelación genética ambiental. Rev Méd Clín Condes [periódico na Internet] 2003; 14(3)
3. Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, Maglione M, Sugerman HJ, Livingston EH, et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. Ann Intern Med. 2005; 142(7):547-59.
4. Carmo I, Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J., Galvão-Teles, A. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. Journal compilation - International Association for the Study of Obesity. 2007; 9(1):11-19.
5. Popkin BM. Nutrition in transition: The changing global nutrition challenge. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2008; 10(1):13-18.
6. Peeters A, Barendregt, J., Willekens, F., Mackenbach, J., Mamun, A., Bonneux, L. Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis. Ann Intern Med. 2003; 138(1):24-32.
7. USDHHS. The Practical Guide to the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Bethesda, MD; 2000.
8. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, Brewer G. What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. J Consult Clin Psychol. 1997; 65(1):79-85.
9. Teixeira PJ, Going SB, Sardinha LB, Lohman TG. A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. Obes Rev. 2005; 6(1):43-65.
10. Medicine Io. Weighing the Options: Criteria for Evaluating Weight-Management Programs. Washington, DC: National Academy Press; 1995.
11. Wadden TA, Foster, G.D., Brownell, K.D. Obesity: Responding to the Global Epidemic. J Consult Clin Psychol. 2002; 70(3):510-25.
12. Ogden J. The correlates of long-term weight loss: a group comparison study of obesity. Int J Obes Relat Metab Disord. 2000; 24(8):1018-25.
13. Segal A, Cardeal, M.V., Cordás, T.A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da Obesidade. Revista de Psiquiatria Clínica. 2002; 29(2):81-89.

14. Dobrow IJ, Kamenetz, C., Devlin, M.J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002; 24(III):63-67.
15. Clarck MM, Niaura, R., King, T.K., Pera, V. Depression, smoking, activity level, and health status: pretreatment predictors of attrition in obesity treatment. *Addiction Behaviour*. 1996; 21(4):509-13.
16. Wadden TA. *Eating disorders and obesity - a comprehensive handbook*. New York: Guilford; 1995.
17. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Martin CJ, Metcalfe LL, et al. Weight loss readiness in middle-aged women: psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *J Behav Med*. 2002; 25(6):499-523.
18. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Metcalfe LL, Blew RM, et al. Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(9):1124-33.
19. French SA, Jeffery RW, Forster JL, McGovern PG, Kelder SH, Baxter JE. Predictors of weight change over two years among a population of working adults: the Healthy Worker Project. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1994; 18(3):145-54.
20. Hoiberg A, Berard S, Watten RH, Caine C. Correlates of weight loss in treatment and at follow-up. *Int J Obes*. 1984; 8(5):457-65.
21. Cuntz U, Leibbrand R, Ehrig C, Shaw R, Fichter MM. Predictors of post-treatment weight reduction after in-patient behavioral therapy. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25 Suppl 1:S99-S101.
22. Sherwood NE, Jeffery, R.W., Wing, R.R. Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999; 23:485-93.
23. Dâmaso A. *Obesidade*. RJ: Editora Guanavara Koogan; 2009.
24. Fairburn CG, Marcus, M.D., Wilson, G.T. *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford; 1993.
25. Pirke KM, Laessle, R.G. *Obesity: Theory and therapy*. New York: Raven; 1995.
26. Polivy J. Perceptions of calories and regulation of intake in restrained and unrestrained subjects. *Addictive Behaviours*.; 1967.
27. Polivy J, Herman, C.P. The effects of alcohol on eating behavior: disinhibition or sedation. *Addictive Behaviours*.; 1967.
28. Polivy J, Herman, C.P. Clinical depression and weight change: a complex relation. *Journal Abnormal Psychology*. 1976; 85:338-40.

29. Westenhoefer J, Stunkard AJ, Pudel V. Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *Int J Eat Disord.* 1999; 26(1):53-64.
30. Lowe MR, Foster GD, Kerzhnerman I, Swain RM, Wadden TA. Restrictive dieting vs. "undieting" effects on eating regulation in obese clinic attenders. *Addict Behav.* 2001; 26(2):253-66.
31. Assis MAA, Nahas, M.V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr.* 1999; 12(1):33-41.
32. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control.* New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
33. O'Leary A. Self-efficacy and health. *Behav Res Ther.* 1985; 23(4):437-51.
34. Schwarzer R, Renner B. Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychol.* 2000; 19(5):487-95.
35. USDHHS. *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults.* Bethesda, MD; 1998.
36. Glynn SM, Ruderman, A.J. The development and validation of an eating self-efficacy scale. *Cognitive Ther Res.* 1986; 10:403-20.
37. Dennis KE, Goldberg, A.P. Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addiction Behaviour.* 1996; 21:103-16.
38. Forster JL, Jeffery, R.W. Gender differences related to weight history, eating patterns, efficacy expectations, self-esteem, and weight loss among participants in a weight reduction program. *Addiction Behaviour.* 1986; 11:141-47.
39. Karlsson J, Hallgren, P., Kral, J., Lindroos, A.K., Sjostrom, L., Sullivan, M. Predictors and effects of long-term dieting on mental well-being and weight loss in obese women. *Appetite.* 1994; 23:15-26.
40. Teixeira P, Silva, M. *Alimentação Emocional.* In: *RePensar o Peso - Princípios e Métodos Testados para Controlar o seu Peso.* Lisboa: Lidel; 2009.
41. Foster GD, Wadden TA, Phelan S, Sarwer DB, Sanderson RS. Obese patients' perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. *Arch Intern Med.* 2001; 161(17):2133-9.
42. Jeffery RW, Wing, R.R., Mayer, R.R. Are smaller weight losses or more achievable weight loss goals better in the long term for obese patients? *J Consult Clin Psychol.* 1998; 66:641-45.
43. Oettingen G, Wadden, T.A. Expectation, fantasy, and weight loss: is the impact of positive thinking always positive? *Cognitive Ther Res.* 1991; 15:167-74.

44. Pratt CA, McLaughlin, G.W., Gaylord, C., 1984. A multivariate analysis of weight-loss behavior. *Psychol Rep.* 1992; 71:1075-84.
45. Foster GD, Wadden, T.A. Social and psychological effects of weight loss. *Eating disorders and obesity - a comprehensive handbook.* New York: Guilford; 1995.
46. Fabricatore AN, Wadden TA, Rohay JM, Pillitteri JL, Shiffman S, Harkins AM, et al. Weight loss expectations and goals in a population sample of overweight and obese US adults. *Obesity (Silver Spring).* 2008; 16(11):2445-50.
47. Carvalho AMP. Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2001; 11(20):39-47.
48. Allison DB, Engel, C.N. Predicting treatment outcome: why have we been so unsuccessful? In: *Obesity Treatment: Establishing Goals, Improving Outcomes, and Reviewing the Research Agenda.* New York; 1995. p. 191-98.
49. Rodríguez-Rosero JE, Ferriani, M.G.C., Dela Coleta, M.F. Escala de Locus de Controle da Saúde - MHLC: Estudos de Validação. *Revista Latinoamericana de Enfermagem.* 2002; 10(2):179-84.
50. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr.* 1966; 80:1-28.
51. Teixeira P, Silva, M. Gestão da Imagem Corporal. In: *RePensar o Peso - Princípios e Métodos Testados para Controlar o seu Peso.* Lisboa: Lidel; 2009.
52. Rosen JR. Improving body image in obesity. In: *Body Image, Eating Disorders, and Obesity An Integrative Guide for Assessment and Treatment.* Washington, DC: American Psychological Association; 1996. p. 425-40.
53. Fox KR. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr.* 1999; 2(3A):411-18.
54. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
55. Nir Z, Neumann, L. Relationship among self-esteem, internal-external locus of control, and weight change after participation in a weight reduction program. *J Clin Psychol.* 1995; 51(4):482-90.
56. Cash TF. Body image: past, present, and future. *Body Image.* 2004; 1(1):1-5.
57. Shontz FC. Body Image and Physical disability. In: *Body Images: development, deviance and change.* New York: The Guilford Press. p. 149-68.
58. Castilho SM. *A imagem corporal.* Santo André - SP: ESETec Editores Associados; 2001.

59. Puhl RM, Brownell, K.D. Bias, discrimination and obesity. *Obes Res.* 20001; 9(12):788-805.
60. Heinberg LJ, Thompson, J. K., Matzon, J. L. Body Image Dissatisfaction as a Motivator for Healthy Lifestyle Change: Is some Distress Benefical? In: *Eating Disorders: Inovative directions in research and pratice.* Washington: American Psychological Association; 2001.
61. Thompson JK. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment.* Washington, DC: APA; 2003.
62. Palmeira AJ. *Preditores Psicossociais, Exercício Físico e Sucesso num Programa de Controlo do Peso.* Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa; 2009.
63. Fernandes AE. *Avaliação da Imagem Corporal, Hábitos de vida e Alimentares em Crianças e Adolescentes de Escolas Públicas e Particulares de Belo Horizonte.* Belo Horizonte - MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
64. Dobrow IJ, Kamenetz, C., Devlin, M.J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(III):63-67.
65. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
66. Faith MS, Matz, P.E., Jorge, M.A. Obesity–depression associations in the population. *J Psychosom Res.* 2002; 53:935-42.
67. Gladis MM, Wadden, T.A., Vogt, R., Foster, G., Kuehnel, RH, Bartlett, S.J. Behavioral treatment of obese binge eaters: do they need different care? *J Psychosom Res.* 1998; 44:372-84.
68. Rapoport L, Clark, M., Wardle, J. Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000; 24:1726-37.
69. Sarwer DB, Wadden, T.A., Foster, G.D. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *J Consult Clin Psychol.* 1998; 66:651-54.
70. Wing RR, Jeffery, R.W. Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *J Consult Clin Psychol.* 1999; 67:132-38.
71. Ng DM, Jeffery, R.W. Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychol.* 2003; 22:638-42.
72. Kahtalian A. Obesidade: um desafio. *Artmed.* 1992; 26(273-278)

73. Carvalho MC, Martins, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Cien Saude Colet*. 2004; 9(4):1003-12.
74. Williams GC, Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M., Deci, E.L. Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *J Pers Soc Psychol*. 1996; 70:115-26.
75. Black DR, Gleser, L.J., Kooyers, K.J. A meta-analytic evaluation of couples weight-loss programs. *Health Psychol*. 1990; 9:330-47.
76. Wing RR, Gorin, A.A. Behavioral techniques for treating the obese patient. *Prim Care*. 2003; 30:375-91.
77. Kolotkin RL, Crosby, R.D., Kosloski, K.D., Williams, G.R. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obes Res*. 2001; 9:102-11.
78. Engel SG. Psychometric and cross-national evaluation of a Portuguese version of the Impact of Weight on Quality of Life – Lite (IWQOL-Lite) Questionnaire. *Eating Disorders Review*. 2005; 13(2):133-43.
79. Heo M, Allison, D.B., Faith, M.S., Zhu, S., Fontaine, K.R. Obesity and Quality of Life: Mediating Effects of Pain and Comorbidities. *Obes Res*. 2003; 11:209-16.
80. Francischi RPP, Pereira, L.O., Freitas, C.S., Klopfer, M., Santos, R.C., Vieira, P., Lancha Júnior, A.H. **Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento**. *Revista de Nutrição*. 2000; 13(1)
81. Marques-Lopes I, Marti, A., Moreno-Aliaga, M.J., Martínez, A. Aspectos genéticos da obesidade. *Revista de Nutrição*. 2004; 17(3)
82. Anjos LA. Obesidade e Saúde Pública. In: Fiocruz E, editor. *Cad Saude Publica*. Rio de Janeiro; 2006. 23, p. 1495-500.
83. Pasman WJ, Saris WH, Westerterp-Plantenga MS. Predictors of weight maintenance. *Obes Res*. 1999; 7(1):43-50.
84. Jakicic JM. The role of physical activity in prevention and treatment of body weight gain in adults. *J Nutr*. 2002; 132:3826-29.
85. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington, DC: US: Department of Health and Human Services; 2008.
86. Baker CW, Brownell, K.D. Physical Activity and Maintenance of Weight Loss: Physiological and Psychological Mechanisms. In: Kinetics H, editor. *Physical Activity and Obesity*. Champaign, IL; 2000. p. 311-28.
87. Berger BG, Pargman, D., Wienberg, R.S. *Foundations of Exercise Psychology*. Morgantown: FIT; 2002.

88. Biddle SJ, Fox, K.R., Boutcher, S. *Physical Activity and Psychological Well-Being*. London: Routledge; 2000.
89. Biddle SJ, Mutrie, N. *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being, and Interventions*. London: Routledge; 2001.
90. Darby LA, Berger, B.G., Carels, R.A., Owen, D.R. Mood states and physiological status of sedentary, obese women before and after graded exercise tests. *Medical Science Sports Exercise*. 2003; 35:202.
91. Ekkekakis P, Lind, E. Exercise does not feel the same when you are overweight: the impact of self-selected and imposed intensity on affect and exertion. *International Journal of Obesity (Lond)*. 2006; 30(4):652-60.
92. Kimiecik J. *The intrinsic exerciser: Discovering the joy of exercise*. Boston: Houghton-Mifflin; 2002.
93. Hulens M, Vansant, G., Claessens, A.L., Lysens, R., Muls, E., Rzewnicki, R. Health-related quality of life in physically active and sedentary obese women. *Am J Human Biol*. 2002; 14:777-85.
94. Thayer RE. *Cal energy: How people regulate mood with food and exercise*. New York: Oxford University Press; 2001.
95. Berger BG. Subjective Well-Being in Obese Individuals: the Multiple Roles of Exercise. *Quest*. 2004; 56:50-76.
96. Dunn AL, Trivedi, M.H., Kampert, J.B., Clarck, C.G., Chambliss, H.O. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med*. 2005; 28(1):1-8.
97. Cooper Z, Fairburn, C.G. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther*. 2001; 39(5):499-511.
98. Vallerand RJ. A hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation in sport and exercise. In: GC R, editor. *Advances in Motivation In Sport and Exercise*. Champaign, IL; 2001. p. 263-319.
99. Kahneman D. Objective happiness. In: D. Kahneman ED, & N. Schwartz, editor. *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russel Sage Foundation; 1999. p. 3-25.
100. Catwright M, Wardle, J., Steggle, N., Simon, A.E., Croker, H., Jarvis, M.J. Stress and dietary practices in adolescents. *Health Psychology*. 2003; 22(4):362-69.
101. Diener E, Suh, E., Lucas, R., Smith, H. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychol Bull*. 1999; 125(2):276-302.

