

## Sucesso na manutenção do peso perdido em Portugal: o Registo Nacional de Controlo do Peso

Success in maintaining weight loss in Portugal:  
The Portuguese Weight Control Registry

Paulo Nuno Vieira <sup>1</sup>  
Pedro Teixeira <sup>1</sup>  
Luís Bettencourt Sardinha <sup>1</sup>  
Teresa Santos <sup>1</sup>  
Sílvia Coutinho <sup>1</sup>  
Jutta Mata <sup>1</sup>  
Marlene Nunes Silva <sup>1</sup>

**Abstract** *The scope of this article is to describe the Portuguese Weight Control Registry (PWCR) methodology and the participants currently enrolled specifically with respect to their individual and family weight history, previous weight loss attempts, and psychosocial characteristics. One hundred and ninety-eight adults (age: 39.7±11.1 years; BMI: 26.0±3.9 kg/m<sup>2</sup>), 59% women, filled out a questionnaire about demographics, health-related behaviors and motivation, and methods and strategies used to lose and/or maintain weight loss. Participants reported an average weight loss of 17.4 kg for an average of 29 months. Concerning the number of weight loss attempts, 73% of participants reported a maximum of three attempts of going on a diet, and 34% indicated only one attempt to lose weight in the past. The PWCR now features a considerable number of successful long-term weight loss maintainers in Portugal. Participants will be followed over the next years to learn about their characteristics and weight loss strategies in further detail, as well as to identify predictors of continued weight loss maintenance.*

**Key words** *Overweight, Obesity, Weight loss, Weight loss maintenance, Long-term, Portuguese Weight Control Registry*

**Resumo** *O objetivo deste trabalho é descrever a metodologia do Registo Nacional de Controlo do Peso e descrever os participantes quanto à sua história individual e familiar relacionada com o peso, tentativas anteriores de redução deste e caracterização psicossocial. A amostra inclui 198 adultos (idade: 39,7 ± 11,1 anos; IMC: 26,0 ± 3,9 kg/m<sup>2</sup>), 59% mulheres, que completaram um questionário abordando questões demográficas, motivações e atitudes, e estratégias de perda e de manutenção do peso. Os participantes reportaram uma perda do peso média de 17,4kg e uma duração média de manutenção do peso perdido de 29 meses. Relativamente ao número de tentativas de redução do peso reportadas, 73% indicou ter iniciado uma dieta no máximo por três vezes e 34% reportou ter tentado perder peso apenas uma vez no passado. Este estudo irá permitir conhecer com mais detalhe e representatividade as características e as estratégias adoptadas por estas pessoas bem sucedidas na manutenção do peso perdido no longo prazo e contribuir para identificar variáveis preditoras da gestão bem sucedida do peso a longo prazo.*

**Palavras-chave** *Pré-obesidade, Obesidade, Perda do peso, Manutenção do peso perdido, Longo prazo, Registo Nacional de Controlo do Peso*

<sup>1</sup> Centro Interdisciplinar de Estudos da Performance Humana, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa. Estrada da Costa. 1495-688 Cruz-Quebrada Portugal. pvieira@fmh.utl.pt

## Introdução

A obesidade constitui um problema de saúde pública com várias implicações, tanto a nível físico como mental<sup>1</sup>. Por todo o mundo, a prevalência desta doença aumentou acentuadamente nas últimas décadas<sup>2</sup>, sendo o desafio de muitas pessoas perder peso e conseguir mantê-lo no longo prazo. As definições de pré-obesidade e obesidade foram estabelecidas com base no IMC, que se pode calcular através dos valores de peso e altura de uma pessoa, considerando-se as seguintes categorias: magreza excessiva (inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>), peso normal (18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>), pré-obesidade (25,0 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade grau I (30,0 a 34,9 kg/m<sup>2</sup>), grau II (35,0 a 39,9 kg/m<sup>2</sup>) e grau III (40,0 kg/m<sup>2</sup> ou superior)<sup>3</sup>.

O combate à obesidade não se restringe à perda do peso, mas passa igualmente por evitar voltar a ganhar o perdido, o que requer alterações do estilo de vida de forma permanente. A razão principal pela qual muitas pessoas recuperam o peso que perderam reside no facto de não ser possível manter a longo prazo as alterações comportamentais que adoptaram para perder peso no curto prazo<sup>4</sup>. Este objetivo é reconhecidamente muito difícil e a investigação comprovava-o, indicando que apenas cerca de 20% das pessoas com excesso de peso conseguem ter sucesso na manutenção do peso perdido, definindo este sucesso como tendo perdido pelo menos 10% do peso corporal inicial e tendo mantido essa perda pelo menos por 1 ano<sup>5</sup>. Vários estudos com pessoas que perderam pelo menos 10% do seu peso concluíram que, entre outros aspectos, a automonitorização e a atividade física<sup>6,7</sup> estão associados com um menor risco de voltar a ganhar o peso perdido, assim como outros estudos documentam a associação entre o tempo dispendido em comportamentos sedentários e atividade física com o peso corporal<sup>8</sup>.

Apesar da dificuldade de manter o peso após uma perda inicial substancial, existem pessoas que têm sucesso. Por exemplo, no *Diabetes Prevention Program*, em que mais de 3000 indivíduos com excesso de peso e reduzida tolerância à glucose foram estudados, no grupo de intervenção com alterações no estilo de vida, os resultados foram duas vezes mais eficazes do que no grupo de medicação, observando-se uma redução de 58% do risco de diabetes e uma redução média, no final da intervenção, de 6,9% do peso corporal, tendo-se verificado ao fim de cerca de 3 anos uma redução média de 4,9% do peso<sup>9</sup>.

Com base na ideia de estudar quem consegue atingir o sucesso na manutenção do peso perdido, foi criado o *National Weight Control Registry* (NWCR), um estudo Norte-Americano iniciado em 1994, que tem por objetivo identificar as características de pessoas com sucesso na manutenção do peso perdido e descrever as estratégias por elas adoptadas. No NWCR, pessoas que perderam intencionalmente pelo menos 13,6 kg do seu peso corporal e mantiveram o peso perdido pelo menos durante 1 ano, são considerados como tendo sucesso na manutenção do peso perdido<sup>10</sup>. Este registo conta com mais de 6000 pessoas, sendo a adopção da atividade física, o consumo de uma dieta pobre em gorduras ou limitar o número de horas por dia a ver televisão estratégias preditoras da manutenção do peso perdido<sup>11</sup>.

Em Portugal, a prevalência da obesidade é 14,2% com 53,6% dos adultos portugueses a manifestarem pré-obesidade ou obesidade, o que torna evidente a necessidade de implementação de medidas preventivas<sup>12</sup>. Esta prevalência de pré-obesidade e obesidade está relacionada com a atividade física para além de outras variáveis demográficas<sup>13</sup>. Contudo, não existe em Portugal nenhum estudo que tenha identificado e caracterizado pessoas com sucesso na perda e manutenção do peso, pelo que se torna pertinente desenvolvê-lo e analisar se os resultados do NWCR se aplicam à população portuguesa.

O objetivo deste trabalho é o de descrever os procedimentos e a metodologia de implementação do Registo Nacional de Controlo do Peso (RNCP), identificando e caracterizando pessoas que nos últimos 15 anos perderam intencionalmente pelo menos 5 kg do seu peso corporal e conseguiram manter o peso perdido pelo menos durante 1 ano. Em complemento, serão analisadas as características da história individual e familiar destas pessoas, as características psicossociais reportadas e os eventos e contextos que deram origem à perda do peso corporal.

## Métodos

### Amostra

A amostra foi constituída por 198 participantes do RNCP, dos quais 59% são mulheres. De acordo com os critérios de inclusão deste estudo, os participantes têm mais de 18 anos e nos últimos 15 anos perderam pelo menos 5 kg intencionalmente e mantiveram o peso perdido

pelo menos durante 1 ano. Estes critérios foram elaborados de acordo com as orientações seguidas pelo NWCR<sup>5,11</sup>, considerando-se manutenção do peso perdido uma variação inferior a 3% do novo peso corporal.

A perda do peso deverá ser intencional, pois perdas do peso não intencionais ocorrem frequentemente e têm diferentes causas e consequências relativamente a perdas do peso intencionais<sup>14</sup>. Os *National Institutes of Health* referem que perdas do peso de 5 a 10% do peso corporal inicial produzem benefícios ao nível da saúde<sup>15</sup>. De acordo com esta indicação, considerando os valores de corte internacionalmente estabelecidos para o índice de massa corporal (IMC; kg/m<sup>2</sup>) e a estatura de 1,65 m como referência para as mulheres e 1,75 m para os homens, foi estimado o valor do peso perdido correspondente a 5% e 10% de perda, sendo que uma perda de 5 kg se situa dentro desse intervalo em quase todos os valores de corte do IMC. Por esta razão se adotou este valor como perda do peso mínima como critério de inclusão, considerando também que a perda do peso se tenha verificado durante os últimos 15 anos, como forma de controlar para possíveis diferenças nas condições de vida existentes, especialmente no que concerne à alimentação. O IMC antes da perda do peso, especificamente o valor de corte para a pré-obesidade, não é considerado um critério para entrada no estudo, pois as razões e as estratégias que levam as pessoas a iniciar o processo de perda do peso podem ser diferentes por vários motivos, sendo o IMC apenas um deles. Por fim, o critério de 1 ano de manutenção do peso perdido foi adoptado seguindo o critério do *Institute of Medicine*<sup>16</sup>. Pessoas cuja redução de peso inicial tenha induzido um IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup> não foram incluídos no RNCP por se considerarem valores potencialmente pouco benéficos para a saúde.

Dos 198 participantes que iniciaram o processo de avaliação, uma subamostra de 139 participantes completou a avaliação inicial, realizando um conjunto de testes de laboratório, incluindo avaliação psicossocial, os restantes 59 completaram apenas o questionário inicial e, por isso, não integram a amostra da Tabela 4. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas quando comparámos a subamostra de 139 participantes com os outros 59, nas principais variáveis do estudo, especificamente no peso atual ( $p = 0,115$ ), na perda do peso ( $p = 0,395$ ) e no tempo de manutenção do peso perdido ( $p = 0,355$ ).

## Procedimentos

Os participantes foram recrutados através do anúncio e divulgação do *website* do RNCP ([www.registodopeso.net](http://www.registodopeso.net)) na imprensa escrita, rádios e televisão, bem como recorrendo a parcerias estabelecidas com a Direção Geral da Saúde, através da Plataforma contra a Obesidade e da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, com o Jornal dos Centros de Saúde, com a Associação Nacional de Farmácias e com empresas privadas, incluindo ginásios e *health-clubs*, contribuindo para que o RNCP chegasse a todo o território nacional. A produção e a divulgação de notícias, *newsletters* e dados preliminares de participação, assim como o recurso a ferramentas da internet, p. ex., redes sociais e blogue, foram igualmente veículos de divulgação importantes.

Os interessados efetuaram a pré-inscrição por *e-mail* ou telefone, indicando os seus contatos, seguindo-se a verificação dos critérios de inclusão através do preenchimento de um breve questionário, enviado e recebido via *e-mail*, incluindo idade, peso, estatura, variação do peso e duração da fase de manutenção. Após terem assinado um consentimento informado na primeira avaliação laboratorial, às pessoas selecionadas foi explicado detalhadamente o protocolo do RNCP. Às pessoas selecionadas que não tiveram disponibilidade de se deslocar a um dos centros de avaliação (Lisboa, Porto e Coimbra) foi enviado por correio o consentimento informado e o questionário inicial. A participação no RNCP implica dois momentos de avaliação: um momento inicial e outro após um ano de entrada no estudo, permitindo o acompanhamento prospetivo do peso, hábitos e comportamentos e a possibilidade de se analisar o efeito das variáveis preditoras da manutenção do peso no longo prazo.

A participação no RNCP está aberta em permanência, ou seja, o número de pessoas que se registam no estudo e que iniciam o processo de avaliação está em permanente evolução. Mais de 600 pessoas mostraram interesse em participar no RNCP, embora só 198 efetivaram a sua inscrição. Neste estudo, apenas se reportam os dados obtidos na avaliação inicial, recolhidos no período de 2008 a 2010.

## Instrumentos

Foram realizadas avaliações laboratoriais e por autorrelato ou entrevista directa, contemplando o preenchimento de um questionário inicial,

avaliação do peso, estatura e perímetro da cintura, atividade física (acelerometria e questionários sobre a atividade física do estilo de vida e de lazer), nutrição e alimentação (frequência alimentar) e variáveis psicossociais. No presente trabalho serão reportados os dados demográficos, bem como os relativos à história pessoal e familiar do peso (dados usados para calcular o IMC actual, o IMC máximo e a variação de IMC e de peso para cada participante), à história das tentativas anteriores de redução do peso, aos contextos da perda do peso, à ocorrência de algum evento ou situação que tenha espoletado essa perda (avaliados através do questionário inicial) e quanto às características psicossociais. Foram utilizadas versões validadas para a população Portuguesa de alguns dos mais usados instrumentos de avaliação psicossocial na investigação da obesidade. Realizaram-se traduções e retroversões entre o Inglês e o Português para todos os questionários, tendo as versões Portuguesas sido revistas por dois investigadores bilingues.

Os participantes completaram os questionários de acordo com um protocolo standardizado e na presença de um técnico do estudo. Foram efetuadas as avaliações das seguintes variáveis: (a) a qualidade de vida geral (nas componentes física e mental), através do *Health-Related Quality of Life* (SF-36), com o intuito de avaliar o impacto do nível de saúde na qualidade de vida do indivíduo; (b) a qualidade de vida específica, ou relacionada com o peso, pelo *Impact of Weight on Quality of Life*; (c) a autoeficácia para o exercício (nas suas dimensões: resistência e disponibilidade), através do *Exercise Self-Efficacy Questionnaire*; (d) o suporte social para o exercício, avaliado pelo *Exercise Social Support*; (e) o tipo de regulação motivacional para o exercício (mais autónomo ou mais controlado externamente), pelo *Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire*; (f) A motivação intrínseca para a atividade física, utilizando o *Intrinsic Motivation Inventory*; (g) o comportamento alimentar (nas dimensões de restrição alimentar- flexível e rígida, desinibição alimentar e percepção de fome, através do *Eating Inventory*; (h) os hábitos alimentares (nas dimensões de alimentação externa e emocional), pelo *Dutch Eating Behavioral Questionnaire*; (i) a preocupação com a figura corporal (dimensão mais cognitiva); (j) a insatisfação com a imagem corporal, através do *Figure Rating scale*; (l) a autoestima, pelo *Rosenberg Self-Concept/Self-Esteem Questionnaire*; (m) a sintomatologia depressiva, pelo *Beck Depression Inventory*; (n) a ansiedade física e social, atra-

vés da *Social Physique Anxiety Scale*; (o) a auto-determinação geral (nas dimensões de consciência própria e escolha percebida face ao próprio comportamento), pela *Self Determination Scale*; (p) as necessidades psicológicas básicas de acordo com a teoria da autodeterminação (autonomia, competência e relacionamento positivo), pela *Basic Psychological Needs Scale*; (q) a forma de reagir ao stress (focando-se no problema, na emoção ou em outras estratégias), através do *COPE*. Desta forma procurou-se ter em linha de avaliação as principais áreas consideradas fundamentais para a gestão do peso. Mais informações sobre os questionários utilizados podem encontrar-se em artigos de referência neste âmbito<sup>17</sup> e em outras publicações recentes<sup>18-20</sup>.

### Análise estatística

As análises foram efetuadas usando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19, e as técnicas estatísticas utilizadas foram as medidas de tendência central, análise da variância e teste *t-student* para amostras independentes para comparação entre géneros. Foi utilizado igualmente o teste Qui-quadrado para comparação de variáveis categóricas. Para todos os testes foi definido o erro tipo I para  $\alpha = 0,05$ .

### Resultados

As características demográficas dos participantes no RNCP estão indicadas na Tabela 1.

A maioria dos participantes tem uma escolaridade elevada, em que cerca de 68% tem habilitações literárias superiores. Relativamente ao estado civil, os participantes no RNCP são na maioria casados ou vivem em união de facto (53%), cerca de 79% estão atualmente empregados e cerca de 79% não são fumadores. O agregado familiar mais comum destas pessoas é composto por duas pessoas (32%) ou três pessoas (25%) vivendo a maioria, cerca de 82%, com o cônjuge/parceiro e filhos. Não se verificaram diferenças ( $p > 0,05$ ) entre os dois géneros, nas variáveis demográficas estudadas.

Antes da perda do peso os participantes no RNCP tinham, em média, um peso de 89 kg, correspondente a um IMC de 32,0 kg/m<sup>2</sup> (Tabela 2). O peso médio actual dos participantes, após a perda do peso, é de cerca de 74 kg, que corresponde a um IMC de 26,0 kg/m<sup>2</sup>. Em média, estas pessoas tiveram uma perda do peso de 17,4 kg, o que corresponde a uma diminuição de 6,0 pon-

**Tabela 1.** Características demográficas.

	Mulheres (n = 116) Média ± DP	Homens (n = 82) Média ± DP	Total (n = 198) Média ± DP
Idade	38,7 ± 11,1	41,2 ± 11,1	39,7 ± 11,1
Habilitações literárias (%)			
Inferior a secundário	8,9	12,0	10,3
Secundário	23,2	19,3	21,5
Superior	67,9	68,7	68,2
Estado civil (%)			
Solteiros	37,4	22,6	31,2
Casados, união de facto	47,9	63,1	54,3
Divorciados, separados	11,3	13,1	12,1
Viúvos	3,4	1,2	2,4
Situação Profissional (%)			
Empregados	78,8	78,6	78,7
Tabagismo (%)			
Não fumadores	80,2	76,2	78,5
Fumadores ocasionais	5,4	9,5	7,3
Fumadores diários	14,4	14,3	14,6

DP = desvio-padrão.

**Tabela 2.** História individual, familiar do peso corporal e das tentativas de dieta.

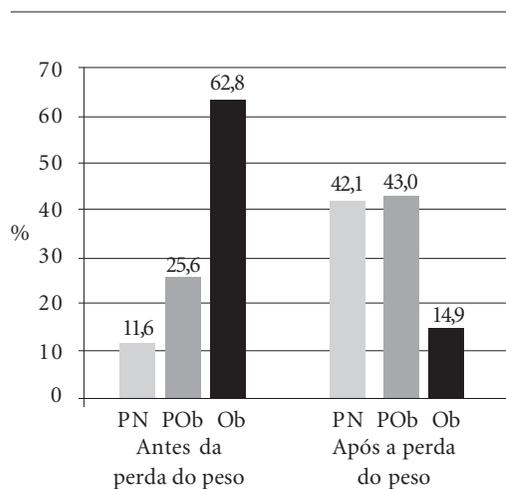
	Mulheres (n = 116) Média ± DP	Homens (n = 82) Média ± DP	Total (n = 198) Média ± DP
Peso atual (kg)	68,3 ± 11,8	81,2 ± 10,3*	73,8 ± 12,9
IMC atual (kg/m <sup>2</sup> )	25,8 ± 4,4	26,3 ± 3,1	26,0 ± 3,9
Peso máximo (kg)	79,6 ± 13,7	102,2 ± 20,3*	89,0 ± 20,1
IMC máximo (kg/m <sup>2</sup> )	30,8 ± 5,5	33,6 ± 5,5*	32,0 ± 5,7
Perda peso (kg)	13,3 ± 8,5	23,0 ± 15,6*	17,4 ± 12,9
Variação IMC (kg/m <sup>2</sup> )	5,0 ± 3,2	7,3 ± 4,1*	6,0 ± 3,8
Variação peso (%)	16,2 ± 8,5	21,1 ± 9,8*	18,2 ± 9,3
Manutenção (meses)	30,0 ± 31,3	26,6 ± 26,8	28,6 ± 29,4
História familiar (%)			
Nenhum	23,5	29,8	26,3
Um dos pais com peso a mais	50,4	35,7	44,4
Ambos os pais com peso a mais	23,5	25,0	24,2
Não sabe	2,6	8,3	5,1
Tentativas anteriores de redução do peso (%)			
Apenas uma vez	27,8	42,9**	34,2
De 2 a 3 vezes	37,4	41,7	39,2
De 4 a 9 vezes	16,5	7,1	12,6
Mais de 10 vezes	7,0	1,2	4,5
Sempre a tentar	11,3	7,1	9,5

\* significativamente diferentes das mulheres,  $p < 0,01$ , teste t para amostras independentes comparando os géneros;\*\* significativamente diferentes das mulheres,  $p < 0,05$ , teste Qui-quadrado; DP: desvio padrão; IMC: índice de massa corporal.

tos no IMC, passando da categoria de obesidade para o limite inferior da categoria de pré-obesidade, tanto nas mulheres como nos homens. Analisando as categorias de IMC antes e depois

da perda do peso (Figura 1) constatamos que existe uma diminuição do número de pessoas com obesidade, de 63% para 15%, aumentando na categoria de pré-obesidade, de 26% para 43%,

e, sobretudo na categoria de peso normal, que de 12% antes da perda do peso atinge os 42% após essa perda. Antes da perda do peso observavam-se diferenças entre os dois géneros relativamente às categorias de obesidade,  $p = 0,045$ , tendo deixado de existir após a perda do peso,  $p = 0,148$ . O tempo de duração da manutenção do peso perdido situa-se nos 29 meses, não havendo diferenças entre géneros.



**Figura 1.** Categorias de obesidade (PN: peso normal, POB: pré-obesidade, Ob: obesidade) antes e após a perda do peso;  $p$ , teste Qui-quadrado que compara as categorias de IMC, separadamente antes e depois da perda do peso, entre género.

Quando questionados sobre a história familiar do peso corporal, a maioria dos participantes do RNCP (68%) indicou que pelo menos um dos seus pais tem ou teve pré-obesidade ou obesidade. Pouco mais de um quarto (26%) dos participantes reportaram que nenhum dos pais tem ou teve peso a mais, não se tendo verificado diferenças entre géneros ( $p = 0,909$ ). Os participantes neste estudo foram igualmente questionados acerca do número de tentativas anteriores de redução do peso, tendo 34% indicado que apenas realizou uma única tentativa. Dos restantes, cerca de 39%, indicou ter tentado perder peso entre 2 e 3 vezes antes da perda do peso final registada. Comparando entre géneros, verifica-se que existem mais homens (43%) do que mulheres (28%) que realizaram apenas uma tentativa de redução do peso ( $p = 0,027$ ).

Quanto ao período do ano preferencial para iniciar uma dieta, 75% dos participantes, respondeu não ter nenhum em particular. Os restantes indicaram a Primavera (10%) e o Inverno (9%) como opções preferidas para perder peso relativamente ao Verão (4%) e Outono (2%). Nesta variável não foram observadas diferenças ( $p = 0,054$ ) entre mulheres e homens.

Tal como pode ser observado na Tabela 3, a maioria das pessoas no RNCP (70%) foi aconselhada a perder peso. As principais razões associadas a este aconselhamento foram a saúde ou problemas físicos e o peso. Aconselhamentos com base em aspetos relacionados com a estética manifestaram-se mais nas mulheres do que nos homens ( $p < 0,05$ ). De assinalar que em três quar-

**Tabela 3.** Aconselhamento e evento desencadeador da perda do peso (%).

	Mulheres (n = 116)	Homens (n = 82)	Total (n = 198)
Aconselhados a perder peso	70,8	69,5	70,3
Motivo <sup>a</sup>			
Problema saúde/físico	65,8	75,5	69,9
Excesso de peso corporal	23,3	32,1	27,0
Estética	19,2	7,5*	14,3
Quem aconselhou <sup>a</sup>			
Médico	78,1	70,9	75,0
Família	27,4	16,4	22,3
Amigos	15,1	23,6	18,8
Identificam evento desencadeador <sup>a</sup>	66,4	80,2*	72,2
Insatisfação com peso e corpo	36,6	16,7*	27,5
Problema saúde/físico	45,1	61,7	52,7
Informação e conhecimento	22,5	23,3	22,9

<sup>a</sup> indicados os 3 grupos criados com base nas respostas obtidas, sendo que a soma pode ultrapassar os 100% pois os participantes podiam indicar mais do que uma categoria; \* significativamente diferentes das mulheres,  $p < 0,05$ , teste Qui-quadrado.

tos dos participantes, o aconselhamento foi efetuado pelo médico.

Para a grande parte das pessoas que integram o RNCP existiu uma situação particular que desencadeou a perda do peso. Assim, para 53% destes participantes, situações relacionadas com problemas físicos e de saúde foi o que espoletou o processo de perda. Outras razões estiveram relacionadas com a insatisfação com o peso e com o corpo, sendo de notar o número superior de mulheres que reportou esta razão. Ter mais informação e conhecimento sobre a obesidade

funcionou, para cerca de 23% das pessoas, como o elemento que desencadeou a perda do peso. Mais homens do que mulheres reportaram a existência de um evento que originou a perda do peso ( $p = 0,033$ ).

A caracterização psicossocial dos participantes do RNCP está expressa na Tabela 4. Nesta tabela é possível verificar a existência de diferenças entre géneros para algumas das variáveis psicossociais em análise (p. ex., sintomas depressivos, autoestima, ansiedade física e social, comportamento alimentar, entre outras), apontan-

**Tabela 4.** Características psicossociais reportadas pelos participantes do RNCP.

	<b>Mulheres (n = 79) Média ± DP</b>	<b>Homens (n = 60) Média ± DP</b>	<b>Total (n = 139) Média ± DP</b>
Qualidade de vida relacionada com a saúde [0;100]			
Componente física	55,4 ± 6,9	57,2 ± 4,8	56,2 ± 6,1
Componente mental	45,4 ± 11,9	51,6 ± 8,0*	48,1 ± 10,8
Qualidade de vida relacionada com o peso [0;100]	88,1 ± 14,4	93,9 ± 8,3*	90,7 ± 12,4
Autoeficácia para o exercício [10;50]	36,5 ± 7,9	38,4 ± 5,8	37,3 ± 7,1
Suporte social para o exercício [11;55]	20,1 ± 7,1	22,5 ± 7,3	21,1 ± 7,3
Regulação para o exercício			
Amotivação [0;16]	1,2 ± 2,8	0,6 ± 1,6	0,9 ± 2,4
Regulação externa [0;16]	1,5 ± 2,4	1,2 ± 2,6	1,4 ± 2,5
Regulação introjetada [0;12]	4,9 ± 3,1	5,2 ± 2,9	5,0 ± 3,0
Motivação identificada [0;16]	12,0 ± 2,9	13,1 ± 2,2*	12,5 ± 2,6
Motivação intrínseca [0;16]	12,1 ± 4,1	13,0 ± 3,0	12,5 ± 3,7
Motivação para o exercício [1;5]	3,98 ± 0,6	4,10 ± 0,5	4,03 ± 0,6
Comportamento alimentar			
Desinibição alimentar [0;16]	7,4 ± 4,2	6,4 ± 3,1	7,0 ± 3,8
Percepção da fome [0;14]	5,0 ± 3,3	3,7 ± 2,6*	4,4 ± 3,1
Restrição alimentar total [0;20]	15,2 ± 3,7	14,0 ± 3,6	14,7 ± 3,7
Restrição rígida [0;7]	4,9 ± 1,7	4,3 ± 1,8*	4,6 ± 1,8
Restrição flexível [0;7]	5,6 ± 1,4	5,4 ± 1,2	5,5 ± 1,3
Alimentação externa [1;5]	2,65 ± 0,6	2,65 ± 0,5	2,65 ± 0,6
Alimentação emocional [1;6]	2,91 ± 1,0	2,43 ± 0,9*	2,70 ± 1,0
Preocupação com a figura corporal [34;204]	83,1 ± 38,2	67,3 ± 24,4*	76,2 ± 33,7
Insatisfação com a imagem corporal [-8;8]	1,27 ± 1,0	1,00 ± 0,9	1,15 ± 1,0
Auto-estima [10;40]	33,4 ± 5,1	34,9 ± 3,8*	34,0 ± 4,6
Sintomas depressivos [%]	10,4	1,7*	6,5
Ansiedade física e social [12;60]	33,6 ± 9,7	28,1 ± 9,0*	31,1 ± 9,8
Auto-determinação [10;50]	38,5 ± 7,3	40,6 ± 6,3	39,4 ± 6,9
Necessidades básicas			
Autonomia [7;49]	38,0 ± 5,7	38,3 ± 4,6	38,2 ± 5,2
Competência [6;42]	32,0 ± 5,7	32,8 ± 4,6	32,3 ± 5,3
Relacionamento pessoal [8;56]	45,5 ± 6,2	45,4 ± 6,2	45,4 ± 6,1
Estratégias de lidar com stress			
Problema [20;80]	54,5 ± 8,0	56,7 ± 6,3	55,5 ± 7,3
Emocional [20;80]	48,0 ± 8,0	46,4 ± 7,1	47,3 ± 7,6
Outro coping [12;48]	20,0 ± 3,8	18,7 ± 3,5*	19,4 ± 3,7

\* Significativamente diferentes das mulheres,  $p < 0,05$ , teste t de amostras independentes comparando os géneros; DP: desvio padrão; os intervalos indicam os valores mínimo e máximo possíveis para cada variável.

do para uma expressão mais empobrecida destas variáveis no sexo feminino.

## Discussão

O principal objetivo deste estudo foi analisar as características da história individual e familiar relacionada com o peso destas pessoas participantes no RNCP, os eventos e os contextos que deram origem à perda do peso corporal, e as características psicossociais reportadas. Pretendeu-se também descrever os procedimentos e a metodologia de implementação do RNCP. Em média, a maioria dos participantes neste estudo têm habilitações superiores, são casados ou vivem em união de facto, são empregados e não fumadores. No que se refere à história do peso corporal, os participantes do RNCP reportaram uma perda do peso média de 17,4 kg com um tempo médio de manutenção do peso perdido de cerca de 2 anos e meio. Contudo, é importante sublinhar que as médias reportadas estão associadas a uma grande variabilidade interindividual, com valores individuais a variarem entre 5 a 96 kg.

O tempo na fase de manutenção do peso perdido variou de 1 até 15 anos. Esta disparidade interindividual sublinha a importância do estudo dos mecanismos e estratégias associados ao sucesso no longo prazo, que, a par da análise dos mecanismos mediadores, justificam o desenvolvimento de estudos como o RNCP, focados na avaliação das estratégias ligadas ao sucesso<sup>20</sup>. Os participantes no registo congénere norte-americano de controlo do peso têm, em média, mais de cinco anos de manutenção do peso perdido, indicando que, quanto maior a duração desta fase de manutenção, mais fácil se torna cumprir este objetivo<sup>10</sup>.

Mais de dois terços das pessoas que se registaram no presente estudo indicou uma história familiar de pré-obesidade ou obesidade. Alguns investigadores apontam a história familiar do peso corporal como inibidora da perda do peso, tornando o objetivo extremamente difícil de ser conseguido<sup>21</sup>. O facto de um dos pais ter pré-obesidade ou obesidade duplica o risco de uma criança vir a ter peso a mais em adulto, sendo o risco ainda maior, se ambos os pais apresentarem pré-obesidade ou obesidade<sup>22</sup>. O presente estudo sugere que, mesmo existindo esta predisposição genética para a obesidade, o sucesso na perda do peso e, mais importante, na manutenção do peso perdido, são objetivos realistas e alcançáveis para estas pessoas.

Quase três quartos dos participantes reportaram no máximo três tentativas anteriores de redução do peso corporal. Esta observação confirma resultados de estudos anteriores que concluíram que um número reduzido de tentativas de redução do peso é um preditor de maior sucesso na perda do peso<sup>17</sup>. Contudo, 9,5% dos participantes referiu ter estado “sempre a tentar” perder peso, até terem alcançado a perda do peso final.

Uma característica comum à maioria das pessoas registadas no RNCP foi o reconhecimento de uma situação ocorrida nas suas vidas que desencadeou o processo de perda do peso. Situações relacionadas com a saúde foram as mais reportadas, seguidas de eventos relativos à imagem corporal, como ver uma fotografia ou evitar olhar-se ao espelho. Outro grupo de eventos relacionados com a informação e o conhecimento, como por exemplo, a leitura de um livro ou assistir a uma determinada conferência, tiveram igualmente efeito no processo de perda do peso de vários participantes. Estas características confirmam os resultados do NWCR, em que grande parte dos participantes (83%) indicou que um determinado evento deu o impulso necessário à perda do peso bem sucedida no longo prazo. No NWCR os motivos mais comuns foram os relacionados com a saúde. Estes resultados podem ter importantes implicações para a prática clínica ao sugerirem que o período imediatamente após um evento médico pode ser uma oportunidade para se aconselhar a perda do peso, otimizando essa perda a curto e longo prazo<sup>23</sup>.

Da mesma forma, a análise de diferentes características psicossociais destas pessoas com sucesso na manutenção do peso perdido pode ter consequências no tratamento da obesidade, permitindo direccionar de forma mais eficaz as intervenções. As características reportadas pelos participantes do RNCP apontam para a importância de serem melhoradas variáveis como a percepção de qualidade de vida física e relacionada com o peso, a autoestima, a satisfação com a imagem corporal e reduzida preocupação com a forma corporal, a autoeficácia e a motivação autodeterminada (geral e relacionada com a atividade física) sublinhando o papel que um perfil psicossocial positivo pode ter no sucesso da gestão do peso<sup>17</sup>.

Uma análise mais detalhada dos resultados deste estudo destaca as diferenças entre géneros. Os homens reportam melhor qualidade de vida mental e qualidade de vida relacionada com o peso corporal, e níveis de autoestima mais eleva-

dos. Por outro lado, as participantes do sexo feminino apresentam maior percepção de fome, níveis mais elevados de restrição rígida, alimentação emocional, sintomatologia depressiva, preocupação com a figura corporal e ansiedade física e social. Estas observações indicam um perfil de saúde mental mais empobrecido ao qual a investigação recente atribui o papel das pressões sociais para a magreza<sup>24</sup>.

Neste sentido, a perda do peso enquadrada por um programa de tratamento pode ter resultados particularmente positivos, como o demonstram estudos Portugueses que analisaram características psicossociais de mulheres no final de um programa de tratamento de obesidade<sup>18,19</sup>. Estes verificaram que as mulheres que conseguem manter o peso perdido reportam melhor qualidade de vida relacionada com o peso e maior autoestima<sup>18</sup>, revelando semelhante motivação intrínseca para o exercício e a autodeterminação que o indicado por mulheres que finalizaram um programa de um ano de tratamento<sup>19</sup>.

O RNCP é um estudo observacional prospectivo com alguns pontos fortes, como a identificação e a avaliação de uma amostra alargada, tendo em conta a população-alvo portuguesa, com sucesso na perda do peso e manutenção a longo prazo. Comparando com a amostra do NWCR, tendo em conta a população e a prevalência de obesidade dos Estados Unidos e de Portugal, verifica-se que no RNCP a amostra é comparativamente maior (rácio participantes: pessoas com obesidade de aproximadamente 198:1.000.000 no RNCP comparado com 63:1.000.000 no NWCR). A possibilidade de acompanhar os participantes durante 1 ano é outro aspecto positivo a salientar, tornando possível a análise de potenciais de relações causais entre a manutenção do peso e as diferentes variáveis avaliadas.

No entanto, deve-se considerar como uma limitação o fato da amostra, recrutada através da televisão, internet e imprensa escrita, poder não ser representativa das pessoas que conseguiram manter o peso perdido porque não é conhecido o universo que esta amostra pretende representar e, também, porque as pessoas que se voluntariam para participar em estudos científicos podem ser diferentes de pessoas não voluntárias<sup>25</sup>. O fato da história familiar do peso corporal ter sido autorreportada pode constituir outra limitação. Por outro lado, o nível elevado das habilidades literárias dos participantes pode cons-

tituir um viés de seleção que, em parte, limita a generalização dos resultados encontrados.

Conclui-se deste estudo que poucas tentativas anteriores de redução do peso corporal e a existência de situações médicas conducentes ao processo de perda do peso são características marcantes nestas pessoas com sucesso na manutenção do peso perdido. Uma imagem corporal positiva e maior autodeterminação e motivação intrínseca para o exercício são igualmente características que emergem como facilitadoras do sucesso no controlo do peso a longo prazo.

Em suma, este é um estudo pioneiro em Portugal, cuja pertinência se centra na identificação e caracterização de indivíduos com sucesso na perda e manutenção do peso, sendo o primeiro passo para se conhecer a realidade Portuguesa sobre a perda do peso e a sua posterior manutenção. À semelhança do *National Weight Control Registry*, com cerca de 30 artigos publicados desde 1997, os resultados contribuirão para o conhecimento científico nesta área, permitindo perceber padrões e tendências de controlo do peso, contribuir para identificar variáveis preditoras da gestão bem sucedida do peso a longo prazo, e potencialmente promover intervenções mais eficazes de prevenção e tratamento.

## Colaboradores

PN Vieira trabalhou em todas as fases e escreveu o artigo, MN Silva e J Mata realizaram a revisão crítica do conteúdo, SR Coutinho e TC Santos trabalharam na análise e interpretação dos dados, LB Sardinha e PJ Teixeira trabalharam na concepção e aprovação da versão final.

## Agradecimentos

Este estudo foi apoiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

## Referências

1. U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service (USDHHS). *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity*. Rockville: USDHHS, Office of the Surgeon General; 2001.
2. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA* 2005; 293(15):1861-1867.
3. NHLBI. *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The Evidence Report*. Washington: NIH - National Heart, Lung, and Blood Institute; 1998.
4. Hill JO. Obesity treatment: does one size fit all? *Am J Clin Nutr* 2005; 81(6):1253-1254.
5. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* 2005; 82(1 Supl.):222S-225S.
6. Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL. A self-regulation program for maintenance of weight loss. *N Engl J Med* 2006; 355(15):1563-1571.
7. Weiss EC, Galuska DA, Kettel Khan L, Gillespie C, Serdula MK. Weight regain in U.S. adults who experienced substantial weight loss, 1999-2002. *Am J Prev Med* 2007; 33(1):34-40.
8. Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA* 2003; 289(14):1785-1791.
9. The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6):393-403.
10. Klem ML, Wing RR, McGuire MT, Seagle HM, Hill JO. A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *Am J Clin Nutr* 1997; 66(2):239-246.
11. Wing R, Hill J. Successful Weight Loss Maintenance. *An Rev Nut* 2001; 21:323-341.
12. do Carmo I, Dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Galvão-Teles A. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev* 2008; 9(1):11-19.
13. Marques-Vidal P, Dias CM. Trends in Overweight and Obesity in Portugal: The National Health Surveys 1995-6 and 1998-9. *Obes Res* 2005; 13(7):1141-1145.
14. Williamson DF, Pamuk E, Thun MJ, Flanders DW, Byers T, Heath C. Prospective study of intentional weight loss and mortality in never smoking overweight US white women aged 40-64 years. *Am J Epid* 1995; 141(12):1128-1141.
15. National Institutes of Health (NIH). *The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. [publicação na Internet] 2000. [acessado 2013 out 13]. Disponível em: [http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd\\_c.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf)
16. Institute of Medicine. *Weighing the options: criteria for evaluating weight-management programs*. Washington: National Academy Press; 1995.
17. 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.
18. Silva MN, Markland D, Carraca EV, Vieira PN, Coutinho SR, Minderico CS, Sardinha LB, Teixeira PJ. Exercise Autonomous Motivation Predicts 3-yr Weight Loss in Women. *Med Sci Sports Exerc* 2011; 43(4):728-737.
19. Palmeira AL, Markland DA, Silva MN, Branco TL, Martins SC, Minderico CS, Vieira PN, Barata JT, Serpa SO, Sardinha LB, Teixeira PJ. Reciprocal effects among changes in weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment: a mediation analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009; 6:9.
20. Silva MN, Vieira PN, Coutinho SR, Minderico CS, Matos MG, Sardinha LB, Teixeira PJ. Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *J Behav Med* 2010; 33(2):110-122.
21. Wooley SC, Garner DM. Obesity treatment: the high cost of false hope. *J Am Diet Assoc* 1991; 91(10):1248-1251.
22. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997; 337(13):869-873.
23. Gorin AA, Phelan S, Hill JO, Wing RR. Medical triggers are associated with better short- and long-term weight loss outcomes. *Prev Med* 2004; 39(3):612-616.
24. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obes (Silver Spring)*. 2009; 17(5):941-964.
25. Hennekens CH, Buring JE, editors. *Epidemiology in Medicine* Boston: Little, Brown and Co.; 1987.

Artigo apresentado em 14/09/2012

Aprovado em 26/10/2012

Versão final apresentada em 14/11/2012