

## FATORES INTERVENIENTES NO SEGUIMENTO DO TRATAMENTO NUTRICIONAL PARA REDUÇÃO DE PESO EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BRASIL

### FACTORES INFLUYENTES EN EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL PARA REDUCIR EL PESO EN MUJERES ATENDIDAS EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD DE BRASIL

### FACTORS INVOLVED AT THE FOLLOW-UP OF NUTRITIONAL TREATMENT TO REDUCE WEIGHT IN WOMEN FROM ONE BASIC HEALTH UNIT IN BRAZIL

Irene da Silva Araújo Gonçalves<sup>1</sup>, Nair Tavares Milhem Ygnatios Ferreira<sup>2</sup>,  
Paula Vargas dos Santos Reis<sup>3</sup>, Geórgia das Graças Pena<sup>4</sup>

#### Histórico

#### Recibido:

30 de Octubre de 2014

#### Aceptado:

22 de Diciembre de 2014

1 Nutricionista Pela Faculdade Santa Rita (FaSaR), Especialista em Nutrição, Obesidade e Transtornos Alimentares pela Faculdades Integradas de Jacarepaguá (FIJ).

2 Nutricionista Pela FaSaR, Mestranda em Saúde e Nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) e Professora da FaSaR

3 Nutricionista Pela FaSaR

4 Nutricionista, Doutora em Saúde e Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: [georgiapena@gmail.com](mailto:georgiapena@gmail.com) Telefone +55 (31) 91965675.

#### RESUMO

**Introdução:** A prevalência de excesso de peso cresceu consideravelmente nos últimos 30 anos representando um desafio para a Saúde Pública. Além disso, o padrão estético magro tem contribuído para a procura por atendimento nutricional, entretanto, a não adesão ao tratamento para perda de peso é elevada. Objetivo: Identificar os principais fatores intervenientes no seguimento ao tratamento nutricional para redução de peso em mulheres. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal e descritivo contendo dados socioeconômicos, comportamentais e percepção do tratamento nutricional foi realizado em mulheres com idade maior ou igual a 18 anos em uma Unidade Básica de Saúde entre 2008-2010. Posteriormente, foram anotados dados antropométricos e número de consultas dos prontuários. **Resultados:** Aproximadamente 8% das mulheres melhoraram o estado nutricional e 3% atingiu os níveis de eutrofia. O diagnóstico de obesidade grau III se manteve na mesma proporção. Apenas 69,71% foram ao segundo retorno, 31,43% não perderam/ganharam peso, 58,29% perderam peso, sendo que 34,86% perderam até 3Kg. Os fatores intervenientes mais frequentes para não adesão ao tratamento foram: sensação de fome (38,31%), fracionamento da dieta (44,81%), controlar apetite/ansiedade/nervosismo (44,16%) e comer em menor quantidade (22,08%). Aproximadamente 40% considerou fácil a inclusão diária de frutas/hortaliças, preferência por preparações com menor teor de gordura/alimentos integrais, redução de açúcar/doces/refrigerantes/lanches. **Discussão e Conclusões:** Foram observadas baixa frequência de comparecimento às consultas e de perda de peso. Os fatores intervenientes mais frequentes foram relacionados ao controle emocional e fisiológico da fome. São necessárias estratégias motivacionais e focadas no indivíduo na tentativa de potencializar resultados do tratamento nutricional. **Palavras chave:** Dieta, Mulheres, Peso Corporal, Hábitos Alimentares. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.157>

#### RESUMEN

**Introducción:** La prevalencia de sobrepeso há aumentado considerablemente en los últimos 30 años representando un desafío para la Salud Pública. Aún más, el patrón estético magro contribuye para la búsqueda por atención nutricional, mientras la falta de adherencia es alta. Objetivo: Identificar los principales factores que intervienen en el seguimiento de la dieta para reducción de peso en mujeres. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal fue realizado en mujeres con 18 años o más que buscaron atención nutricional en institución pública para pérdida de peso (2008-2010). Fueran invitadas para una encuesta con datos socioeconómicos, aspectos de comportamiento alimentario y percepción del paciente en el tratamiento nutricional. Datos antropométricos y del número de consultas fueron registrados. **Resultados:** Solamente 69,71% han venido para la segunda consulta, 31,43% no perdieran ni ganaran peso, 58,29% han perdido peso y 34,86% han perdido hasta 3kg. Los principales factores que han intervenido fueron: sensación de hambre (38,31%), frecuencia de comidas (44,81%), control del apetito/ansiedad/nerviosismo (44,16%) y comer una cantidad menor (22,08%). Acerca del 40% consideran fácil a inclusión diaria de frutas/verduras/alimentos integrales, la preferencia por preparaciones con menos grasa/azúcar/reductor/dulces/refrescos/petiscos y la práctica de actividad física. **Discusión y Conclusiones:** Hubo una baja frecuencia de seguimiento y pérdida de peso. Los factores que intervinieron fueron relacionados al control emocional e fisiológica de la hambre. Son necesarias estrategias de motivación con el foco en la persona con el intento de potencializar resultados del tratamiento nutricional.

**Palabras clave:** Dieta, Mujeres, Peso Corporal, Hábitos Alimenticios. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.157>

#### ABSTRACT

**Introduction:** The prevalence of overweight increased in the last 30 years and it is a challenge of the public health. Moreover, the standard slim body had contributed to the search for nutritional treatment; however, the probability of nonadherence to lose weight is high. Objective: To identify the main factors involved in the following diet to lose weight in women. **Materials and Methods:** Cross-sectional study was conducted in women with equal or more than 18 years and that searched for nutritional care in a public unity (2008-2010) with the focus on losing weight. Socioeconomic, behavior, and women's perception about the nutritional treatment were collected. Anthropometric and details of treatment were collected from patient record. **Results:** Eight percent of women improve the nutritional state and 3% reached eutrophic. Only 69.71% were in a second appointment, 31.43% of women didn't lose or gain weight, 58.29% lost weight and of these, 34.86% lost 3kg or less. The factors more frequently involved with the following diet were: starving feeling (38.31%), subdivision (44.81%), control or appetite/anxiety/stress (44.16%) and to eat in the smaller portions (22.08%). However, around 40% reported like easy to follow: to increase intake of fruits/vegetables and whole grains; preference for food with low fat/sugar/soda/snacks and to physical activity. **Discussion and Conclusions:** It was observed low frequencies of adherence and weight loss. The main factors that influence in following diet was related with emotional condition and starving feeling. It is necessary motivational strategies focused on the individual to optimize the results in nutritional treatment.

**Key words:** Diet, Women, Body Weight, Food Habits. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.157>

Cómo citar este artículo: Gonçalves I, Ferreira N, Reis P, Pena G. Factores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Brasil. Rev Cuid. 2015; 6(1): 914-22. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.157>

© 2015 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

## INTRODUÇÃO

A obesidade, caracterizada pelo excessivo acúmulo de tecido adiposo (1), é considerada um grave problema de saúde pública (2). As prevalências de excesso de peso cresceram consideravelmente nos últimos 30 anos (3). De acordo com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de metade das mulheres com 20 ou mais anos de idade, e 16,9% das mulheres nesta mesma faixa etária apresentaram obesidade (4). Segundo informações obtidas pelo Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (5), 50,8% e 17,5% da população adulta das capitais e do Distrito Federal brasileiro apresentaram excesso de peso e obesidade, respectivamente.

No cenário epidemiológico mundial e brasileiro, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas desafio para a Saúde Pública, destacando-se a obesidade, por ser fator de risco para outras DCNT, como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. Tal perfil nutricional ressalta a necessidade de um modelo de atenção à saúde que incorpore ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das DCNT (3), bem como a promoção de um estilo de vida mais saudável.

O excesso de peso e a busca pelo padrão estético magro, idealizado socialmente como modelo de beleza, têm contribuído para aumento da procura por atendimento nutricional (6-7). Apesar disso, as taxas de não adesão aos diversos tratamentos terapêuticos para perda de peso são elevadas, o que indica que existem alguns fatores que podem contribuir para a não adesão às orientações e prescrição (8). Mesmo havendo consenso na literatura sobre a etiologia do excesso de peso, ainda se discute muito sobre o tratamento adequado e sobre as dificuldades para motivar os pacientes em alterar os seus hábitos alimentares. A dieta hipocalórica associada à prática de atividade física constitui o principal tratamento para a perda ponderal e diminuição dos riscos de desenvolvimento de DCNT em pacientes com excesso de peso (9). Entretanto, um dos momentos mais desafiadores desse tratamento é a manutenção da perda de peso (1), o que torna relevante avaliar os fatores intervenientes do processo.

Esses fatores são diversos podendo ser alguns mais subjetivos (disposição e motivação do paciente em submeter-se à terapia, sua capacidade de adaptar-se a tratamentos específicos, apoio social e sua determinação quanto ao esforço que é capaz de fazer para perder peso) e outros mais objetivos como no caso de acesso a profissionais qualificados e disponibilidade de tempo para atividade física (10). Além disso, dentre os aspectos individuais, a aceitação da dieta e estratégias de acompan-

hamento em relação às dietas de emagrecimento devem ser considerados na proposta de perda ponderal de pacientes com excesso de peso (11).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi identificar os principais fatores intervencionais no seguimento ao tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde do interior do Brasil.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal e descritivo em mulheres com idade maior ou igual a 18 anos, que frequentavam o atendimento no serviço de nutrição da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Senhora de Oliveira-MG, com objetivo de redução de peso. O período de atendimento foi de janeiro de 2008 a agosto de 2010. Todas as mulheres foram convidadas a participar. Foram excluídos da amostra participantes cujos dados dos prontuários eram insuficientes ou incompletos, as que não foram encontrados para responder ao questionário, aquelas cujo local de residência era de difícil acesso ou fora da área de abrangência da UBS ou ainda, que se mudaram recentemente do município.

Através de visita domiciliar, os agentes Comunitários de Saúde devidamente capacitados dos Programas Saúde da Família (PSF) do município, convidaram todas as frequentadoras do atendimento nutricional na UBS a participarem do estudo informando os objetivos da pesquisa e demais aspectos éticos.

Nesse momento, foram coletados dados sociodemográficos, econômicos, comportamentais, percepção da paciente em relação ao tratamento nutricional como: mudanças específicas nos hábitos alimentares e prática de atividade física, fatores motivadores e dificuldades na adesão à dieta, opinião sobre a prescrição nutricional, ambiente e aspectos organizacionais da UBS por meio de um questionário adaptado de Chimenti *et al.* (8) e Koehnlein, Salado e Yamada (7). Quando observado dificuldade de compreensão das perguntas foi explicado cada tópico em detalhes, para facilitar o preenchimento do questionário.

Após essa etapa foram coletados dados dos prontuários do serviço de nutrição obtendo-se as informações específicas sobre o tratamento como, por exemplo, data de início, número de consultas e dados antropométricos. O peso foi aferido utilizando balança da Filizzola®, com capacidade máxima de 150 Kg e a altura foi obtida utilizando-se o antropômetro da própria balança, ambas medidas realizadas pelo nutricionista da UBS nas consultas de rotina. A classificação do estado nutricional foi feita utilizando o Índice de Massa Corporal (IMC), ob-

tido dividindo o peso pela altura ao quadrado, seguindo a classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (12).

Na análise estatística, inicialmente a distribuição das variáveis foi avaliada. As variáveis categóricas foram descritas em frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram descritas por medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão) por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 15.0.

O presente estudo foi autorizado pela Secretária Municipal de Saúde do Município. O projeto aprovado pelo Comitê Interno de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Rita – FaSaR de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, seguindo as normas do Conselho Nacional em Saúde, contidas nas resoluções números 196/96 e 251/97 e aprovado sob o parecer nº076/2010. Todas as participantes foram solicitadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à entrevista e à coleta de dados do prontuário.

## RESULTADOS

Das 175 participantes que foram atendidas pelo serviço de nutrição da USB, houve perda de 11,99% (21), sendo que 4% (7), havia se mudado do município, 5,71% (10) não foram encontradas para responder ao questionário

após 4 tentativas de busca em suas residências, 1,14% (2), não aceitaram participar da pesquisa e 1,14% (2), residem fora da área de abrangência do município, constituindo uma amostra final de 154 participantes.

A idade média das 154 pacientes foi de  $38,53 \pm 13,11$  anos, (mediana = 37 anos) variando entre 19 e 78 anos. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, econômicas e comportamentais das participantes. O número médio de pessoas/residência foi de  $3,55 \pm 1,45$  e número médio de filhos  $2,61 \pm 1,82$ . Quanto ao local e tempo de realização das refeições das pacientes 48,70% (75) faziam as refeições em casa junto à família reunidos em uma mesa e em aproximadamente 10 a 20 minutos 44,16% (68) (Dados não mostrados). Foi possível verificar que 89,71% (157) das pacientes apresentam excesso de peso antes do acompanhamento nutricional. Na última consulta o percentual de excesso de peso foi de 86,31% (151) entre as pacientes (Gráfico 1). Os dados referentes a presença nas consultas, tempo de acompanhamento e perda ou ganho de peso das pacientes são apresentados na tabela 2. Os fatores intervenientes foram observados em dois aspectos gerais. O primeiro quanto à percepção sobre mudanças específicas dos hábitos alimentares (Tabela 3) e prática de atividade física e, o segundo, quanto às motivações externas e pessoais que potencialmente poderiam interferir no seguimento à dieta (Tabela 4).

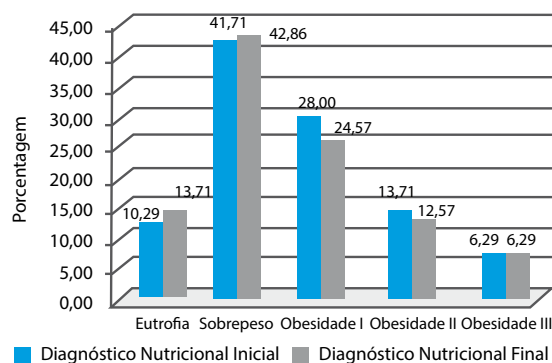
Tabela 1. Características sociodemográficas, econômicas e comportamentais em mulheres que procuraram atendimento nutricional para perda de peso, 2008-2010

Variáveis	n*	%
<b>Idade (anos)</b>		
19-29	46	29,87
30-39	46	29,87
40-49	32	20,78
50-59	24	15,58
60-79	6	3,90
<b>Residência</b>		
Rural	46	29,87
Urbana	108	70,13
<b>Renda (Salários mínimos**)</b>		
01 -  02	119	77,27
02 -  03	20	12,99
≥ 3	2	1,30
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	77	50,00
Ensino fundamental completo	38	24,68
Ensino médio	32	20,78
Ensino superior	4	2,6
<b>Estado civil</b>		
Solteira	27	17,53
Casada	96	62,34
Divorciada/Separada	9	5,84
Viúva	10	6,49
Outro	9	5,84
<b>Ocupação</b>		
Dona de casa	54	35,06
Lavradora	52	33,77

Auxiliar de serviços gerais	12	7,79
Aposentada	08	5,19
Outras ocupações	28	18,18
<b>Motivo da consulta</b>		
Estética	63	40,91
Saúde	83	53,90
Estética e saúde	8	5,19
<b>Realização de dieta anterior para emagrecimento</b>		
Sim, com médico	4	2,6
Sim, com nutricionista	60	38,96
Sim, consegui na mídia (internet, revista, etc)	3	1,95
Sim, por conta própria	15	9,74
Nunca fiz nenhuma dieta	72	46,75
<b>Utilização de medicamento para emagrecer durante o tratamento</b>		
Sim	19	12,34
Não	135	87,66
<b>Hábito de praticar atividade física</b>		
Sim, sempre fez atividade física	55	35,71
Apenas no momento do tratamento	26	16,88
Não fez nem durante o tratamento	65	42,21
Faz de vez em quando	6	3,90
Não responderam	2	1,30

Fonte: Dados da pesquisa. \*n varia conforme disponibilidade do dado. \*\*Salário mínimo vigente (R\$510,00).

Gráfico 1. Diagnóstico nutricional inicial e final, segundo o índice de massa corporal, das mulheres que procuraram atendimento nutricional para perda de peso, 2008-2010



Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2. Presença nas consultas, tempo de acompanhamento e perda ou ganho de peso e no tratamento das mulheres que procuraram atendimento nutricional para perda de peso, 2008-2010

Variáveis	n*	%
<b>Presença nas consultas nutricionais</b>		
Até 3 consultas	93	53,14
De 4 a 6 consultas	41	23,43
De 7 a 9 consultas	23	13,14
10 ou mais consultas	18	10,28
<b>Tempo de acompanhamento</b>		
Até 02 meses	93	53,14
De 2 a 4 meses	60	34,28
De 4 a 6 meses	22	12,57
<b>Perda/ganho de peso no tratamento</b>		
Perda de mais de 3 kg	8	4,57
Perda de 3 a 6 Kg	33	18,86
Perda de até 3 kg	61	34,86
Não perdeu nem ganhou	55	31,43
Ganho de até 3 kg	14	8,00
Ganho de 3 a 6 Kg	3	1,71
Ganho de mais de 6 Kg	1	0,57

Fonte: Dados da pesquisa. \*n varia conforme disponibilidade do dado.

kg = quilos

Tabela 3. Fatores intervenientes no seguimento à dieta prescrita quanto à percepção da dificuldade sobre a modificação dos hábitos alimentares e atividade física nas mulheres que procuraram atendimento nutricional para perda de peso, 2008-2010

Variáveis	n*	%
<b>Inclusão de mais frutas, legumes e verduras diariamente</b>		
Fácil, pois gosto destes alimentos	100	64,94
Fácil, mas não faço	12	7,79
Difícil, pela disponibilidade diária dos mesmos	36	23,38
Difícil, pois não tenho tempo	2	1,30
Difícil, pois minha família não gosta	2	1,30
Não gosta desses alimentos	2	1,30
<b>Preferência aos alimentos e preparações com menor teor de gordura</b>		
Fácil de adaptar a alimentação diária	52	33,77
Fácil de seguir durante a semana, mas difícil nos finais e festas	27	17,53
Fácil, mas não faço	8	5,19
Difícil, pois a alimentação não fica saborosa e atraente	49	31,82
Difícil, pois o restante da família não aceita esses alimentos	7	4,55
Difícil, de adaptar aos meus hábitos alimentares	11	7,14
<b>Redução do consumo de açúcar, doces, refrigerantes é:</b>		
Fácil, pois podem ser substituídos	71	46,10
Fácil, mas não faço	6	3,90
Difícil, pois não consigo substituí-los por adoçantes e produtos diet.	48	31,17
É possível, durante a semana, mas difícil no final de semana	10	6,49
É difícil, pois gera muita ansiedade	18	11,69
<b>Preferência por alimentos integrais</b>		
Fácil, pois existem muitas opções de sabor agradável	61	39,61
Fácil, mas não faço	11	7,14
Difícil, pois o sabor deles não é agradável	41	26,62
Difícil, pois minha família não aceita	3	1,95
Difícil de consumir frequentemente, pois enjoa	14	9,09
Não souberam responder	24	15,58
<b>Redução do consumo de lanches, frituras e embutidos</b>		
Fácil, pois substituo por outros alimentos	86	55,84
Fácil, durante a semana e difícil nos finais de semana	18	11,69
Fácil, mas não faço	5	3,25
Difícil, pelo sabor que estes possuem	40	25,97
Difícil, pois me retira do convívio social	4	2,60
<b>Consumir de 4 a 6 refeições por dia</b>		
Fácil, mas não faço	18	11,69
Fácil, pois assim não fico com muita fome	49	31,82
Difícil, pois os horários são muito rigorosos	69	44,81
Difícil, pois as porções são pequenas	12	7,79
Difícil, pois acho que posso ganhar peso	5	3,25
<b>Realizar atividade física diária é</b>		
Fácil e prazeroso	56	36,36
Fácil nos primeiros dias	6	3,90
Fácil, mas não faço	15	9,74
Possível de ser incluída na minha rotina	8	5,19
Muito cansativo e entediante	30	19,48
Difícil, pois não tenho tempo	34	22,08
Difícil, por problemas de saúde na família	2	1,30

Fonte: Dados da pesquisa. \*n varia conforme disponibilidade do dado.

Tabela 4. Fatores intervenientes externos e pessoais que ajudaram/atrapalharam no seguimento da dieta ou perda de peso das mulheres que procuraram atendimento nutricional para perda de peso, 2008-2010

Variáveis	n*	%
<b>Principal motivação externa que ajudou a fazer dieta</b>		
A orientação recebida da nutricionista	39	25,32
Facilidade que encontrou na dieta	4	2,60
Estímulo familiar	4	2,60
Estímulo dos amigos	1	0,65
Vontade de emagrecer	106	68,83
<b>Principal fator externo que atrapalhou fazer a dieta e perder peso</b>		
Não compreendeu as orientações recebidas	5	3,25
Não soube utilizar a lista de substituição	11	7,14
Sentia muita fome	59	38,31
Não recebeu estímulo familiar para continuar	2	1,30
Teve dificuldades para remarcar as consultas	4	2,60
Não possuía os alimentos prescritos na dieta	17	11,04
Não disponibilidade financeira para os alimentos	14	9,09
Trabalho/ falta de tempo	29	18,83
<b>Principal desmotivador da reeducação alimentar para perda de peso</b>		
Os resultados lentos	38	24,68
As restrições alimentares	24	15,58
A monotonia e o sabor do cardápio	3	1,95
A cobrança dos amigos e familiares	4	2,60
Minha ansiedade	85	55,19
<b>Principal mudança de hábito alimentar a partir das orientações recebidas</b>		
Sim, passei a comer mais frutas	21	13,64
Sim, fracionei mais minhas refeições	16	10,39
Sim, passei a comer mais hortaliças	38	24,68
Sim, reduzi lipídeos das preparações	19	12,34
Sim, passei a ingerir mais líquidos	9	5,84
Sim, passei a me alimentar em horários regulares	8	5,19
Sim, passei a fazer as refeições longe da TV	2	1,30
Não mudei nenhum hábito alimentar	38	24,68
Reduziu a quantidade de alimentos	2	1,30
<b>Principal manutenção dos novos hábitos alimentares</b>		
Realizada com facilidade	44	28,57
É possível, exceto festas e ocasiões sociais	37	24,03
De difícil adaptação a rotina	20	12,99
Muito restrita/radical	6	3,90
Confere baixa qualidade de vida	1	0,65
Difícil, pois perco o controle facilmente	39	25,32
Difícil, quando tenho problemas em casa ou no trabalho	7	4,55

Fonte: Dados da pesquisa. \*n varia conforme disponibilidade do dado.

## DISCUSSÃO

No presente estudo um pouco mais que 8% da amostra modificou o estado nutricional para classificações mais saudáveis comparadas às do início do tratamento e um pouco mais de 3% corrigiu o estado nutricional atingindo os níveis de eutrofia. Houve também aumento no percentual de sobrepeso e diminuição das obesidades graus 1 e 2. Entretanto foi observada manutenção na frequência da obesidade grau 3. São vários os desafios para a modificação do estado nutricional que vão desde

as dificuldades na adesão, no qual a orientação não é suficiente para o cumprimento prescrição dietética (8), características individuais e aspectos relacionados ao próprio indivíduo levando à necessidade de rever fatores relacionados à educação nutricional, motivação do paciente, características relacionadas ao profissional e a qualidade de sua relação com o paciente, até a estrutura física do serviço de Nutrição aos aspectos organizacionais (13).

Das pacientes que perderam peso, a maioria perdeu menos que 3 kg (35%), mesmo entre aquelas que frequentaram 10 ou mais consultas, dados que corroboram com outro estudo (7). Considerando-se que uma dieta hipocalórica promove, em média, uma redução de 500 kcal/dia, o que representaria um déficit de 3500 kcal/semana, e que a consulta na UBS de Senhora de Oliveira é agendada a cada 15 dias, a perda de peso esperada para as mulheres que frequentaram 10 consultas ou mais, tempo equivalente a, no mínimo, 5 meses, seria de 9kg. No entanto, os resultados demonstraram que os pacientes perderam em média 4,34 Kg, ou seja, apenas 48,22% do que era esperado, percentual inferior ao observado no estudo realizado por Koehnlein, Salado e Yamada (7), no qual 52,44% dos seus pacientes perderam que era esperado. Destaca-se, segundo Viana et al. (14) que um dos fatores determinantes para o sucesso terapêutico, promovendo uma perda de peso  $\geq 5\%$ , é um menor intervalo de tempo entre as consultas. Outro motivo que poderia explicar a baixa perda de peso é o fato de ter realizado dieta para emagrecimento anteriormente ou mesmo a necessidade de ajustar as necessidades nutricionais do paciente (7).

Quanto ao número de consultas, 53% das pacientes compareceram em até três consultas, somente 14,86% compareceram de 7 a nove consultas e apenas 12% em 10 ou mais consultas do atendimento nutricional. Estudo realizado pacientes de 19-59 anos de ambos os sexos em uma clínica particular de Maringá-PR, 64,44% deixaram o tratamento no terceiro e no quarto retorno, sendo que 24,44% dos pacientes atingiram ou permaneceram em eutrofia e 40% abandonaram o tratamento (7). Em geral, um dos fatores que limitam o número de retornos é o custo do tratamento (7), o que não se aplica ao presente estudo, uma vez que o atendimento na Unidade Básica de Saúde é gratuito. A indisponibilidade de tempo e a desmotivação podem ter sido uns dos fatores que contribuíram para o baixo comparecimento desta amostra às consultas. Altos índices de desistência podem ser explicados também em função dos resultados obtidos pelos pacientes, a falta de aderência pode estar relacionada a outros aspectos referentes ao ambiente de realização do atendimento, tratamento que o paciente recebeu e ao próprio profissional nutricionista (7).

Em relação à descrição dos potenciais fatores intervenientes, a maioria das participantes considerou fácil a prática de atividade física diariamente. Sabe-se que a dieta hipocalórica associada à prática de atividade física apresentam efeitos benéficos em relação à outras propostas nutricionais (15). A maioria das participantes considerou fácil a inclusão diária de frutas e hortaliças,

preferência por preparações com menor teor de gordura e por alimentos integrais, redução de açúcar, doces e refrigerantes, substituição de lanches, frituras e embutidos. Somente o fracionamento da dieta em 4 a 6 refeições diárias foi apontado como um das principais dificuldades na adesão à dieta. Cabe ressaltar que, apesar das pacientes terem considerando fáceis as metas de modificação de hábitos alimentares, a maior parte da amostra não teve uma perda de peso esperada para o período, bem como comparecimento as consultas, e principalmente, 24,68% das mulheres indicaram não terem mudado nenhum hábito alimentar, além de terem dificuldade de manter os novos hábitos alimentares.

A dificuldade de manter os novos hábitos alimentares pode estar relacionada a fatores socioeconômicos e culturais, como o preço e o hábito de consumir os alimentos prescritos, uma vez que 20,12% alegaram não ter disponibilidade financeira para adquirir os alimentos prescritos na dieta ou não possuir os alimentos que não são comuns em sua cultura alimentar. Das mulheres questionadas 7,79% relataram nunca ter utilizado alimentos como os integrais que são incomuns em sua alimentação, e ainda 7,79% não souberam responder sobre esses alimentos. O preço dos alimentos e a renda podem ser determinantes das escolhas alimentares das famílias brasileiras. Estudos demonstram que a redução dos preços de frutas e hortaliças e aumento da renda influenciam positivamente no consumo desses alimentos pela população brasileira, sugerindo a necessidade de políticas públicas para a redução do preço dos grupos dos vegetais em relação aos demais alimentos (16-17). No entanto, uma alimentação não saudável independe da classe social, não sendo problema apenas da população carente (18), uma vez que a modificação dos hábitos alimentares é complexa, e requer implementar ações intersetoriais com vistas à promoção de práticas alimentares saudáveis (19).

A dificuldade de mudar os hábitos alimentares é descrita como fatores contribuintes da não adesão (8), sendo interpretado pelos pacientes como intervenções radicais que se associam à baixa qualidade de vida.

As motivações externas e pessoais, respectivamente, para a maioria das pacientes foram a vontade de emagrecer (68,83%) e ter mais saúde (43,51%). No presente estudo, foi citado como fator interveniente que limitou a adesão sentir muita fome (38,31%). Controlar o apetite/ansiedade/nervosismo (44,16%), seguido por comer em menor quantidade (22,08%) foram apontados como maior dificuldade pessoal no período da dieta e, a ansiedade (55,19%) e os resultados lentos (24,68%) foram considerados desmotivadores da reeducação alimentar,

comprometendo a adesão do paciente ao tratamento. Tal como no presente estudo, a ansiedade e os resultados lentos também foram apontado como os maiores desmotivadores da reeducação alimentar entre os pacientes de Maringá-PR (7). Ansiedade e nervosismos também foram um os fatores encontrados como maior dificuldade para seguir o tratamento dietético nos pacientes de um hospital público de São Paulo (8). Características emocionais contribuem para a manifestação de episódios de compulsão alimentar, estando sujeitos com maior frequência a adotarem comportamentos de risco à saúde (20). Ainda, em função da busca pelo corpo ideal, os indivíduos procuram métodos que apresentem resultados rápidos e que possivelmente não estejam indicados, estando sujeitos a diferentes e diversos problemas de saúde (21).

Por fim, a dificuldade de realização da dieta nos finais de semana, festas e ocasiões sociais, revelada pelos pacientes, é um fator complicador na adesão à dieta, uma vez que as preparações ofertadas nestas ocasiões, normalmente são de elevada densidade energética, ricas em açúcares e gorduras, conforme descrito na literatura (7).

Pode-se perceber que as pacientes são ansiosas por mudanças de comportamento alimentar por tempo determinado e resultados rápidos. No entanto, os hábitos alimentares precisam ser reconstruídos e assimilados ao cotidiano; e não limitados a um período determinado, com objetivos alcançáveis em curto prazo, que possam proporcionar controle em longo prazo. Assim, a educação nutricional precisa ser realista, maleável, aberta a discussões, na qual o paciente aprenderá a realizar suas novas escolhas nas mais diferentes situações e ainda atender às implicações fisiológicas e psicológicas do ato de se alimentar.

Além disso, pode-se perceber que os pacientes buscam mudanças de comportamento alimentar por tempo determinado e resultados rápidos. No entanto, a modificação dos hábitos alimentares é complexa, os novos hábitos precisam ser assimilados ao cotidiano; não sendo incorporados em período determinado de tempo, para se alcançar objetivos em curto prazo, mas sim para propor-

cionarem controle em longo prazo. Assim, a educação nutricional precisa estar de acordo com a realidade do paciente, ser discutida com ele, aberta e maleável às suas necessidades. Somente assim, o paciente aprenderá realizar escolhas mais saudáveis, em diferentes situações (7).

Os problemas relacionados à adesão sugerem mudanças como aprimorar a utilização da lista de substituição, reforçar a orientação nutricional, realização de atividades educativas mais elaboradas para sanar as reais dúvidas das pacientes. Autores destacam que todas as estratégias devem ser formuladas conjuntamente com o paciente, para que o mesmo possa compreendê-las adequadamente, além de serem sensibilizados da importância do problema nutricional (7).

Dentre as limitações do estudo, há o fato de não se ter muitos instrumentos validados para a avaliação da adesão ao tratamento nutricional. Em nível de respostas, pode ter influenciado nos resultados o fato de que as pacientes podem ter respondido o que consideraram ser a resposta “correta” por conhecimento prévio e não o que de fato pensavam.

## CONCLUSÕES

No presente estudo foi observada uma baixa adesão ao acompanhamento nutricional na USB, com perda de peso abaixo da esperada e baixa frequência de comparecimento às consultas. Os fatores intervenientes mais frequentes foram relacionados ao controle emocional e fisiológico da fome como, por exemplo: sensação de fome, fracionamento da dieta, controlar o apetite/ansiedade/nervosismo e comer em menor quantidade. Diante disso, ressalta-se a complexidade da modificação dos hábitos alimentares, principalmente em função do estilo de vida não saudável atual e a necessidade da elaboração de estratégias motivacionais focadas no indivíduo a fim de alcançar resultados sustentáveis em saúde.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram que não há conflito de interesses.



## REFERÊNCIAS

1. **Ades L, Kerbauy RR.** Obesidade: realidades e indagações. Instituto de Psicologia USP. 2002;13(1):89-94.
2. **Flegal KM, Carroll MD, Kit BK, Ogden CL.** Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2012; 307(5):491-7. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.39>
3. **Ministério da Saúde Brasil.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 108.
4. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE Ministério da Saúde.** Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010; 130p.
5. **Ministério da Saúde Brasil.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
6. **Witt JSGZ, Schneide AP.** Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(9):3909-16.
7. **Koehnlein EA, Salado GA, Yamada AN.** Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. Rev Bras Nutr Clin. 2008;23(1):56-65.
8. **Chimenti BM, Bruno MLM, Nakasato M, Isosaki M.** Estudo sobre adesão: fatores intervenientes na dieta hipocalórica de coronariopatas internados em um hospital público de São Paulo. Rev Bras Nutr Clin. 2006;21(3):204-10.
9. **Trombetta IC.** Exercício físico e dieta hipocalórica para o paciente obeso: vantagens e desvantagens. Rev Bras Hipertens. 2003;10(2):130-3.
10. **Claudino AM, Zanella MT.** Guia de transtornos alimentares e obesidade. São Paulo: Manole.
11. **Almeida JC, Rodrigues TC, Silva FM, Azevedo MJ.** Revisão sistemática de dietas de emagrecimento: papel dos componentes dietéticos. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53(5): 673-87. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000500020>
12. **World Health Organization.** Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).
13. **Assis MAA, Nahas MV.** Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. Rev. Nutr. 1999;12(1): 33-41.
14. **Viana LV, Paula TP, Leitão CB, Azevedo MJ.** Fatores determinantes de perda de peso em adultos submetidos a intervenções dietoterápicas. Arq Bras Endocrinol Metab 2013;57(9):717-721. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302013000900007>
15. **Leão LSCS, Moraes MM, Carvalho GX, Koifman RJ.** Nutritional interventions in Metabolic Syndrome: a systematic review. Arq Bras Cardiol. 2011;97(3):260-5.
16. **Claro RM, Monteiro CA.** Family income, food prices, and household purchases of fruits and vegetables in Brazil. Rev Saúde Pública. 2010;44(6):1014-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000600005>
17. **Claro RM, Carmo HCE, Machado FMS, Monteiro CA.** Income, food prices, and participation of fruit and vegetables in the diet. Rev Saúde Pública. 2007; 41(4):557- 64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400009>
18. **Pereira JM, Helene LMF.** Reeducação alimentar e um grupo de pessoas com sobrepeso e obesidade: relato de experiência. Revista Espaço para a Saúde. 2006;7(2):32-8.
19. **Cardoso MA.** Nutrição em Saúde Coletiva. São Paulo: Atheneu. 2014; 364p.
20. **Machado CE, Zilberstein B, Ceconello I, Monteiro M.** Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. ABCD, Arq Bras. Cir Dig. 2008;21(4):185-91.
21. **Dartora WJ, Wartchow KM, Acelas ALR.** O uso abusivo de esteroides anabolizantes como um problema de saúde pública. Rev Cuid. 2014;5(1):689-93. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.107>