

Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente

Adherence to alimentary reeducation for the purpose of weight loss: determiners, results and the patient's perception

Adhesión a la reeducación alimentar para pérdida de peso: determinantes, resultados y la percepción del paciente

Eloá Angélica Koehnlein¹

Gersislei Antônia Salado²

Alciléia Nunes Yamada³

Unitermos

Perda de peso; consumo de alimentos; educação; nutrição

Key words

Weight loss; food consumption; education; nutrition

Unitérminos

Pérdida de peso; consumo de alimentos; educación; nutrición

Endereço para correspondência:

Eloá Angélica Koehnlein
Rua Ágata, 598 – Jardim Santa Helena
CEP 87083-510 – Maringá/PR
E-mail: elo-a-angelica@hotmail.com

Submissão

6 de dezembro de 2007

Aceito para publicação

6 de março de 2008

Resumo

O excesso de peso, a obesidade e a busca pelo padrão estético magro têm contribuído para o aumento da procura por atendimento nutricional. A mudança ou a melhora do comportamento alimentar atinge altos índices de não adesão, pela complexidade deste componente do estilo de vida. Este estudo teve como objetivo caracterizar a adesão à reeducação alimentar para perda de peso e a percepção dos pacientes. Foram selecionados 45 pacientes adultos que procuraram uma clínica particular de nutrição para perda de peso. Coletou-se dos prontuários as características sociodemográficas, história clínica e medidas antropométricas e avaliou-se a percepção dos pacientes por meio de um questionário estruturado. Os resultados demonstraram que 40% dos pacientes abandonaram o tratamento e 15,56% não perderam ou ganharam peso. As maiores perdas de peso observadas associaram-se a maior índice de massa corporal, maior renda mensal, maior tempo tratamento, risco e presença de doenças associadas, tabagismo, estado civil casado, prática de atividade física, descontentamento e estímulo familiar/amigos como fatores motivadores, não ter realizado dieta anteriormente e facilidade de manutenção dos novos hábitos alimentares. A realização do plano alimentar nos finais de semana e festas, a falta de compreensão das orientações nutricionais, a mudança drástica dos hábitos alimentares, os resultados lentos e a ansiedade foram as maiores dificuldades apontadas pelos pacientes. Dessa forma, destaca-se que a não adesão ao tratamento nutricional é freqüente, o que demanda a construção de estratégias conjuntas com o paciente, a fim de que sejam alcançados melhores resultados na reeducação alimentar.

Abstract

Overweight, obesity and the aspiration for the aesthetic slim pattern have caused a raise in the search for nutritional orientation. The change or improvement of alimentary behavior reaches high non-adherence rates, particularly due to the complexity of the life-style component. This study aimed to characterize the adherence to alimentary reeducation for the purpose of weight loss and the patient's perception. Forty-five adult patients were selected among those who looked for a private nutrition clinic with the intention of losing weight. Sociodemographic characteristics, clinical history and anthropometric measures were collected from the medical records, and the patients' perception was evaluated by means of a structured questionnaire. Results showed that 40% of patients abandoned the treatment and 15.56% had their weight unchanged. The majority of the weight losses observed was associated with higher body mass index, higher monthly income, longer period of treatment, risk and presence of associated diseases, smoking habit, married patients, practice of physical activity, discontent and familiar/friends stimulus as motivation factors, not having gone on previous diets and facility of maintenance of new alimentary habits. Conducting the alimentary plan at weekends and parties, the misunderstanding of nutritional orientations, the drastic change of alimentary habits, delayed results and anxiety were major difficulties pointed by the patients. Consequently, the non-adherence to the nutritional treatment is highlighted to be frequent, which demands the development of strategies along with the patient in order to attain better results in their alimentary reeducation.

Resumen

El sobrepeso, la obesidad y la búsqueda por el patrón estético delgado ha contribuido para el aumento de la procura por atención nutricional. El cambio o la mejora del comportamiento alimentar alcanza altos índices de no adhesión, por la complejidad de este componente del estilo de vida. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la adhesión a la reeducación

¹ Acadêmica do curso de nutrição do Centro Universitário de Maringá-PR (CESUMAR)

² Nutricionista, doutora em Ciência da Nutrição pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e professora do curso de nutrição do CESUMAR

³ Nutricionista, mestre em Saúde Materno-infantil pela Universidade de Santo Amaro (UNISA)

alimentar para pérdida de peso y la percepción de los pacientes. Fueron seleccionados 45 pacientes adultos que buscaron una clínica de nutrición para pérdida de peso. Se recolectó de los prontuarios las características sociodemográficas, historia clínica y medidas antropométricas y se evaluó la percepción de los pacientes por medio de un cuestionario estructurado. Los resultados demostraron que el 40% de los pacientes abandonaron el tratamiento y el 15,56% no perdieron o ganaron peso. Las mayores pérdidas de peso observadas se asociaron a mayor índice de masa corporal, mayor renta mensual, mayor tiempo tratamiento, riesgo y presencia de enfermedades asociadas, el uso del tabaco, estado civil casado, práctica de actividad física, descontentamiento y estímulo familiar/amigos como factores motivadores, no haber realizado dieta anteriormente y facilidad de mantener los nuevos hábitos alimentares. La realización del plan alimentar en los fines de semana y fiestas, la falta de comprensión de las orientaciones nutricionales, el cambio drástico de los hábitos alimentares, los resultados lentos y la ansiedad fueron las mayores dificultades apuntadas por los pacientes. De esa forma, se destaca que la no adhesión al tratamiento nutricional es frecuente, lo que demanda la construcción de estrategias conjuntas con el paciente, a fin de que sean alcanzados mejores resultados en la reeducación alimentar.

Introdução

A procura por orientação nutricional para perda de peso tem crescido nos últimos anos, em decorrência dos altos índices de excesso de peso e obesidade e da preocupação demasiada com estética, em virtude do padrão de beleza valorizado pela sociedade¹⁻³.

O excesso de peso e a obesidade causam além das complicações fisiológicas e funcionais, que constituem fatores de risco adicionais para doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, problemas de cunho psicológico e social^{4,6}.

Sabe-se que a obesidade apresenta etiologia multifatorial, na qual há um balanço energético positivo, fortemente relacionado aos maus hábitos alimentares e a inatividade física⁷. Atualmente, as opções alimentares escolhidas são aquelas que poupam o tempo disponível para se alimentar e que fornecem elevada densidade calórica, pobre valor nutritivo, excesso de gorduras e açúcares, e são pobres em carboidratos complexos e fibras⁸⁻⁹.

A mudança ou ao menos a melhora do comportamento alimentar é o foco principal dos profissionais da área da saúde, e também um dos mais difíceis, uma vez que envolve todas as ações com relação ao alimento, inclusive o contexto familiar e social, exposição a um determinado alimento, prestígio destes, preço, religião, geografia, crenças, aspectos sensoriais, neurofisiológicos, e ainda aspectos emocionais e simbólicos^{3,10}.

Isto acontece, pois o comportamento alimentar como principal e mais complexo componente do estilo de vida, não é passível de ser abolido, como o fumo e o consumo abusivo de bebida alcoólica e nem trata-se de uma nova prática como a atividade física, mas representa um hábito imprescindível e cotidiano que necessita de uma nova relação¹¹⁻¹².

É em virtude dessa concepção e de todos os fatores que envolvem o hábito alimentar que a adesão e a manutenção à prescrição dietoterápica são frágeis e são desmotivadas com facilidade^{10,13}.

Estudos demonstram que 75% dos pacientes que recebem recomendações médicas relacionadas às mudanças no estilo de vida, como as restrições alimentares, não as seguem¹⁴ e 95% dos obesos que iniciam uma dieta para perda de peso fracassam na manutenção de um corpo mais magro¹⁵.

Esse quadro torna-se mais expressivo, uma vez que, os resultados de uma reeducação alimentar para perda de peso que são mais promissores inicialmente, com o tempo são desfavorecidos pela proteção dos estoques de gordura, desencadeada pelo tecido adiposo em conjunto com os sistemas nervoso e endócrino, o que desmotiva o paciente, comprometendo a adesão à dietoterapia¹⁶⁻¹⁷.

Este trabalho teve como objetivo caracterizar a adesão à reeducação alimentar para perda de peso, visando analisar seus resultados, determinantes e a percepção do paciente.

Material e métodos

Participaram deste estudo indivíduos adultos de uma clínica de nutrição particular da cidade de Maringá-PR. A escolha da clínica de nutrição na cidade baseou-se nos seguintes critérios: idoneidade, número de pacientes que procuram a clínica por mês, experiência profissional maior que dez anos e assinatura da autorização para realização da pesquisa.

Os critérios de inclusão dos pacientes na pesquisa foram: idade entre 19 e 59 anos, ter procurado atendimento na clínica para reeducação alimentar para perda de peso pela primeira vez, não fazer uso de medicamentos para perda de peso e não ser portador de doenças crônicas, com exceção das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT).

Os pacientes selecionados assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá sob parecer 009/2007. A coleta de dados foi realizada durante os meses de março a agosto de 2007.

Para caracterizar a adesão à reeducação alimentar para perda de peso foram utilizados os dados contidos nos prontuários dos pacientes referentes à história clínica, características sociodemográficas e medidas antropométricas da primeira consulta: peso, estatura, circunferência da cintura (CC), percentual de gordura corporal e a massa magra (kg), obtidos por meio da Bioimpedância Elétrica.

O Índice de Massa Corporal (IMC) e a circunferência da cintura (CC) foram classificados de acordo com os pontos corte propostos pela World Health Organization (WHO)¹⁵. O

percentual de gordura corporal foi analisado de acordo com os pontos de corte propostos por Lohmann¹⁸.

O peso dos pacientes foi acompanhado em quatro retornos subsequentes para avaliar a evolução e a adesão ao tratamento.

O plano alimentar prescrito individualmente pela nutricionista promoveu um déficit aproximado de 500 kcal/dia das necessidades energéticas e apresentava distribuição normal dos macronutrientes.

A percepção do paciente em relação ao tratamento nutricional foi avaliada por meio de um questionário estruturado, com 15 questões de múltipla escolha, previamente elaborado e testado. O questionário foi aplicado no terceiro retorno e incluiu questões sobre o objetivo do paciente, os fatores estimuladores, experiências de tratamentos anteriores, opinião sobre as modificações dos hábitos alimentares e sua manutenção e fatores que desmotivam o tratamento.

Para análise estatística foi utilizado o programa Statistica (6.0)¹⁹. O test t de student foi aplicado para verificar as diferenças entre os dados pareados de peso inicial e final e IMC inicial e final, considerando-se um grau de significância de 5%. Para avaliação da associação entre tempo e idade com variação de peso utilizou-se o coeficiente de Pearson (r) em conjunto com seu p-valor.

A associação entre variação de peso e as variáveis qualitativas estudadas foi analisada por meio da técnica multi-

variada de análise de correspondência simples. Para isso, as variações de peso do período estudado foram categorizadas em: sem perda ou ganho de peso, perda inferior a 3kg e perda de 3kg ou mais.

Resultados

Dos 64 pacientes selecionados, houve uma perda de 12,5% pacientes que só compareceram na primeira consulta e 17,2% que não aceitaram participar da pesquisa. Assim, a amostra constituiu-se de 45 pacientes, com idade média de $34,76 \pm 10,44$ anos, sendo a maioria do sexo feminino com idade entre 19 e 39 anos e com ensino superior completo. O perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes estudados pode ser observado na Tabela 1.

Analisando-se o estado nutricional na primeira consulta, por meio do IMC, foi possível verificar que os pacientes eutróficos (37,78%) e com excesso de peso (35,55%) foram os que mais procuraram atendimento nutricional para perda de peso, seguidos dos pacientes com obesidade classe I (15,55%), obesidade classe II (8,89%) e obesidade classe III (2,22%).

A análise do risco para doenças cardiovasculares e metabólicas estimado pela circunferência da cintura apontou que 48,89% dos pacientes não apresentaram risco, enquanto 15,55% apresentavam risco alto e 35,55% apresentavam risco muito alto.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes que procuraram atendimento nutricional para perda de peso.

Características	n	%	Características	n	%
Sexo			Tabagismo		
Feminino	41	91,11	Sim	4	8,89
Masculino	4	8,89	não	41	91,11
Idade			Doenças associadas		
19-29	16	35,56	Diabetes	0	0,00
30-39	16	35,36	Hipertensão	5	11,11
40-49	7	15,55	Dislipidemia	2	4,44
50-59	6	13,33	Nenhuma	38	84,44
Escolaridade			Atividade Física		
Primário completo	1	2,22	Não realiza	18	40,00
Ensino Fundamental completo	2	4,44	2-3 X por semana	20	44,44
Ensino Médio completo	11	24,44	4-5 X por semana	7	15,55
Ensino Superior completo	30	66,67			
Não relatado	1	2,22			
Estado civil			Bebida alcoólica		
Solteiro	17	37,78	Sim	11	24,44
Casado	25	55,56	Não	34	75,56
Divorciado/separado	3	6,67			
Renda			Refeições diárias		
< 5 salários	17	37,78	3	6	13,33
5-10 salários	12	26,67	4	25	55,56
>10 salários	14	31,11	5	12	26,67
Não relatado	2	4,44	6	2	4,44
Total	45	100,00	Total	45	100,00

Em relação à massa adiposa, foi possível verificar que 20,00% dos pacientes apresentaram um percentual de gordura abaixo da média; 2,22% média; 44,44% acima da média e 33,33% apresentavam risco para doenças associadas.

A avaliação do peso inicial e do peso final demonstrou que a perda de peso média observada ($-2,36 \pm 2,12$ kg) foi significativa para o período analisado (63,84 dias) ($t = 7,44$ e $p = 0,000$). Da mesma forma, a mudança ocorrida no IMC também foi significativa ($t = 7,39$ e $p = 0,000$).

A análise dos resultados obtidos pelos pacientes demonstrou que 15,56% não perderam ou ganharam peso, 44,44% tiveram perda inferior a 3kg e em 40% dos pacientes verificou-se uma perda igual ou superior a 3kg.

A maior perda de peso observada ocorreu no primeiro retorno ($-1,16 \pm 1,49$ kg em 16,73 dias), enquanto a menor perda de peso foi observada no terceiro retorno ($-0,32 \pm 1,06$ kg em 23,5 dias). As médias, mínimos, máximos e desvio-padrão das medidas e variáveis antropométricas estudadas nos cinco momentos podem ser observadas na Tabela 2.

A análise da adesão ao tratamento, por meio da continuidade ou abandono do mesmo, demonstrou que no segundo retorno 2,22% dos pacientes abandonaram o tratamento, no terceiro retorno 66,67% dos pacientes continuaram o tratamento e no quarto 35,55%. Dos pacientes que iniciaram o tratamento, 64,44% deixaram o tratamen-

to no terceiro e no quarto retorno, sendo que 24,44% dos pacientes atingiram ou permaneceram em eutrofia e 40% abandonaram o tratamento.

De acordo com o estado nutricional, verificou-se que dos pacientes com excesso de peso que iniciaram o tratamento, 37,5% desistiram até o quarto retorno e 25% atingiram a eutrofia. Já entre os pacientes com obesidade classe I, houve uma desistência de 57,14%, e mudança de diagnóstico para excesso de peso em 14,28%. Nos pacientes com obesidade classe II, o índice de desistência atingiu 75% dos pacientes que iniciaram e 25% obtiveram mudança de estado nutricional para obesidade classe I. Os detalhes podem ser observados na Figura 1.

Os resultados obtidos por meio da análise da percepção dos pacientes apontaram que 62,22% faziam as refeições em casa, junto à família e em aproximadamente 10 a 20 minutos (44,44%). Os fatores motivadores, as dificuldades e a percepção dos pacientes sobre mudanças específicas dos hábitos alimentares e a prática de atividade física foram sintetizados nas Tabelas 3 e 4.

As análises de correspondência apontaram que o IMC, a CC e a renda mensal tiveram associação diretamente proporcional a perda de peso. Para o tempo de tratamento, o coeficiente de Pearson ($r = -0,3353$ e $p = 0,0094$) também evidenciou resultados semelhantes.

Tabela 2 - Médias, mínimos, máximos e desvio-padrão das variáveis antropométricas da 1ª consulta ao 4º retorno.

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão±
1ª Consulta (n=45)				
Peso (kg)	73,79	52,00	124,00	15,95
Altura (m)	1,64	1,48	1,79	0,07
IMC (kg/m ²)	27,51	20,20	41,65	5,13
CC (cm)	84,98	62,00	125,00	16,19
% de gordura	28,63	12,97	45,74	6,88
Massa magra (kg)	52,14	38,70	89,30	9,75
1º Retorno (n=45)				
Tempo até o retorno (dias)	16,73	6,00	35,00	7,72
Variação de peso (kg)	-1,16	-6,40	2,20	1,49
2º retorno (n=44)				
Tempo até o retorno (dias)	23,61	9,00	64,00	12,33
Variação de peso (kg)	-0,69	-3,60	1,00	1,05
3º retorno (n=30)				
Tempo até o retorno (dias)	23,50	10,00	55,00	10,79
Variação de peso (kg)	-0,32	-3,10	1,50	1,06
4º Retorno (n=16)				
Tempo até o retorno (dias)	23,50	10,00	58,00	13,42
Variação de peso (kg)	-0,88	-2,10	0,50	0,80
Tempo final (dias)	63,84	30,00	168,00	26,15
Peso final (kg)	71,43	51,10	116,50	14,94
Perda de Peso (Kg)	-2,36	-7,50	1,50	2,12
IMC final (kg/m ²)	26,63	20,38	40,39	4,78
Semanas de tratamento	9,12	4,29	24,00	3,74
Perda de peso por semana (g)	275,73	-921,05	205,88	275,81

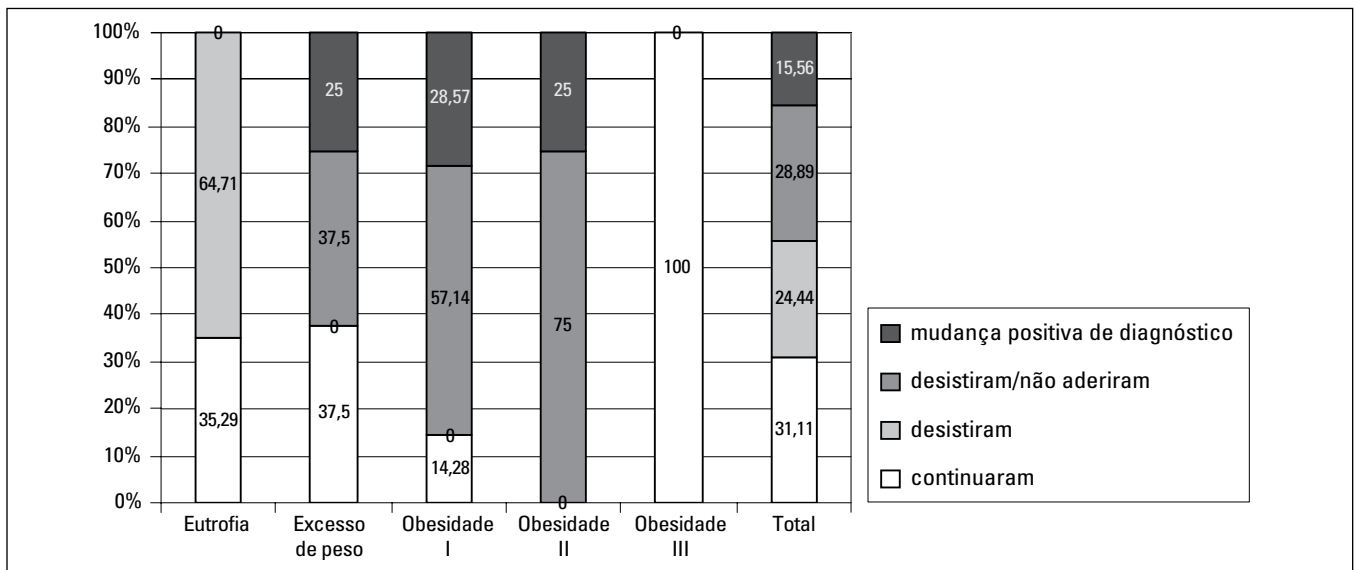


Figura 1 - Distribuição percentual dos pacientes de acordo com a adesão e o estado nutricional.

Já as variáveis ou atitudes que associaram-se às menores perdas de peso, nenhuma perda ou ganho de peso foram: estética como motivo do atendimento nutricional, estímulo médico como fator motivador, realização de dieta com médico ou nutricionista anteriormente, ansiedade e nervosismo como fatores que dificultam a reeducação alimentar, ansiedade e resultados lentos como maiores desmotivadores da reeducação alimentar.

As maiores perdas de peso foram encontradas em associação com as seguintes variáveis ou atitudes: presença de doenças associadas, percentual de gordura que configura risco para doenças associadas, tabagismo, estado civil casado, prática de atividade física, estética e saúde como motivo do atendimento nutricional, descontentamento/ desconforto e estímulo familiar/amigos como fatores motivadores, não ter realizado dieta anteriormente, facilidade de diminuir o consumo de alimentos ricos em gordura, facilidade de manutenção dos novos hábitos alimentares.

Não foram encontradas associações entre perda de peso e idade ($r = -0,605$ e $p = 0,6460$), local de realização das refeições, tempo de realização das refeições, opinião sobre o consumo de quatro a seis refeições ao dia e escolaridade.

Discussão

A maior procura por atendimento nutricional para perda de peso pelas mulheres eutróficas e com excesso de peso, em detrimento da população masculina e dos pacientes obesos, pode ser explicada pela maior preocupação com estética e saúde, principalmente pelas mulheres com renda intermediária, em virtude da busca pelo padrão estético mais magro, valorizado pela sociedade como sinônimo de competência, sucesso e felicidade; também pela rejeição ao excesso de peso

e pela maior incidência de obesidade na população com menores rendas^{2,4,20,21}

De acordo com Bernardi et al.¹¹, nas pessoas com maior estabilidade alimentar, a ingestão de alimentos pode ser restringida voluntariamente para prevenir o ganho de peso, como ocorreu com as pessoas com maior renda mensal que perderam mais peso, diferentemente das pessoas de baixa condição socioeconômica, na qual há um ciclo instável de aquisição de alimentos com períodos de abundância e restrição.

O percentual de perda de peso observado em aproximadamente nove semanas de estudo foi de 3,24%. Em um estudo realizado por Abete et al.²² com 23 indivíduos com IMC médio de $33,4 \pm 4,8$ kg/m², que receberam dieta hipocalórica, com restrição de 30% do gasto energético total e distribuição normal dos macronutrientes, separados em dois grupos, sendo que um recebeu 22 ± 5 g de fibras e o outro grupo 16 ± 4 g de fibras, durante um período de 8 semanas, observou-se uma perda de peso de $7,2 \pm 3,2\%$ no primeiro grupo e de $4,4 \pm 2,8\%$ no segundo.

Considerando-se que uma dieta hipocalórica em média promove uma redução de 500 kcal/dia, o que representaria um déficit de 3500kcal/semana, a perda de peso esperada para o período analisado seria de 4,5kg. No entanto, os resultados demonstraram que os pacientes perderam em média 52,44% do que era esperado.

Segundo Heymsfield et al.²³, as taxas de perda de peso normalmente observadas são tipicamente distantes desta predição. Os autores revisaram os artigos publicados em dois dos principais jornais internacionais da área médica e constataram que a perda de peso dos pacientes por diferentes protocolos de dieta hipocalórica foi inferior a 50% e em alguns casos, inferior a 25% do que era esperado.

Ortega et al.²⁴ estudaram os resultados de uma dieta hipocalórica, com redução de 20% do gasto energético total,

Tabela 3 - Motivação dos pacientes para realização de reeducação alimentar para perda de peso.

Percepções	n	%
Motivo da consulta		
Estética	16	35,56
Saúde	12	26,67
Estética e saúde	15	33,33
Não relatou	2	4,44
Maior estímulo para procura do atendimento nutricional		
Conscientização própria	15	33,33
Estímulo médico	2	4,44
Desconforto/descontentamento	24	53,33
Estímulo familiar/ amigos	4	8,89
Realização de Dieta anterior		
Sim, com médico	13	28,89
Sim, com nutricionista	12	26,67
Sim, por conta própria	12	26,67
Não	8	17,78
Opinião sobre o plano alimentar		
Possível de ser realizado	29	64,44
Fácil durante a semana e difícil nos finais de semana e festas	15	33,33
Difícil de ser realizado	1	2,22
Motivos que mais dificultam a realização da dieta		
Mudança drástica dos hábitos alimentares	12	26,67
Trabalho/ falta de tempo	2	4,44
Ansiedade/nervosismo	2	4,44
Falta de compreensão	19	42,22
Sentir muita fome	3	6,67
Aspecto financeiro	7	15,56
Manutenção dos novos hábitos alimentares		
Realizada com facilidade	5	11,11
Possível, mas impossível em festas e ocasiões sociais	31	68,89
De difícil adaptação a rotina	3	6,67
Difícil, pois perco o controle facilmente	4	8,89
Difícil, quando tenho problemas em casa ou no trabalho	2	4,44
Maior desmotivador da reeducação alimentar para perda de peso		
Os resultados lentos	16	35,56
As restrições alimentares	8	17,78
A monotonia e o sabor do cardápio	1	2,22
A cobrança dos amigos e familiares	1	2,22
Minha ansiedade	18	40,00
Não relatou	1	2,22
Total	45	100,00

Tabela 4 - Percepção dos pacientes sobre mudanças específicas dos hábitos alimentares e prática de atividade física na reeducação alimentar para perda de peso.

Percepções	n	%
Inclusão de mais frutas, legumes e verduras diariamente		
Fácil, pois gosto destes alimentos	26	57,78
Fácil, mas não faço	8	17,78
Difícil, pela disponibilidade diária dos mesmos	6	13,33
Difícil, pois não tenho tempo	5	11,11
Preferência por alimentos com menor teor de gordura		
Fácil de adaptar a alimentação diária	16	35,56
Fácil durante a semana e difícil nos finais de semana e festas	23	51,11
Fácil, mas não faço	2	4,44
Difícil, pois a alimentação não fica saborosa e atraente	0	0,00
Difícil, pois o restante da família não aceita esses alimentos e preparações	2	4,44
Difícil, de adaptar aos meus hábitos alimentares	2	4,44
Redução do consumo de doces, açúcar, refrigerantes		
Fácil, pois podem ser substituídos	16	35,56
Difícil, pois não consigo substituí-los por adoçantes e produtos diet	3	6,67
É possível, durante a semana mas difícil no final de semana e festas	20	44,44
É difícil, pois gera muita ansiedade	6	13,33
Preferência por alimentos integrais		
Fácil, pois existem muitas opções de sabor agradável	24	53,33
Fácil, mas não faço	6	13,33
Difícil, pois o sabor deles não é agradável	5	11,11
Difícil de consumir frequentemente, pois enjoa	10	22,22
Redução do consumo de lanches, frituras e embutidos		
Fácil, pois substituo por outros alimentos	15	33,33
Fácil durante a semana e difícil nos finais de semana e festas	22	48,89
Fácil, mas não faço	2	4,44
Difícil, pelo sabor que estes possuem	4	8,89
Difícil, pois me retira do convívio social	2	4,44
Consumir 4 a 6 refeições por dia		
Fácil, mas não faço	6	13,33
Fácil, pois assim não fico com muita fome	28	62,22
Difícil, pois os horários são muito rigorosos	7	15,56
Difícil, pois as porções são pequenas	2	4,44
Difícil, pois acho que posso ganhar peso	1	2,22
Não relatou	1	2,22
Realização de atividade física diária		
Fácil e prazeroso	12	26,67
Fácil nos primeiros dias	2	4,44
Fácil, mas não faço	2	4,44
Possível de ser incluída na minha rotina	19	42,22
Muito cansativo e entediante	3	6,67
Difícil, pois não tenho tempo	7	15,56
Total	45	100,00

em 28 mulheres de 20 a 37 anos com IMC de 24 a 35 kg/m² durante seis semanas e observaram uma perda de peso de $2,0 \pm 1,3$ kg, semelhante a este estudo.

A maior perda de peso observada no primeiro retorno pode ser atribuída à motivação inicial e ao balanço energético negativo, que conduz à mobilização das reservas energéticas. No segundo e no terceiro retorno as perdas de peso representaram aproximadamente 50 e 25% da observada no primeiro retorno.

Um dos fatores que poderiam explicar esta situação é a interação entre o tecido adiposo e os sistemas nervoso e endócrino, que conduzem à proteção dos estoques de gordura, por promoverem aumento da fome e diminuição do gasto de energia¹⁶. Além disso, à medida em que o consumo energético é restrito, mudanças na composição corporal também são responsáveis pela redução do gasto energético¹⁷.

Assim, ocorre a diminuição da perda de peso e a necessidade de modificação da conduta dietoterápica e da prática de atividade física para o organismo não proteger os estoques de gordura, o que desmotiva o paciente diante dos resultados e compromete a manutenção dos hábitos alimentares²⁵. Já no quarto retorno, no qual é realizado um ajuste das necessidades energéticas, observou-se novamente uma maior perda de peso.

Heymsfield et al.²³ explicam que provavelmente, o que limita a perda de peso dos pacientes, especialmente dos obesos, é uma baixa adesão ao tratamento, que ocorre cedo e avança com o tempo e não um gasto energético diferenciado. Contudo, os autores enfatizam que as necessidades energéticas devem ser progressivamente ajustadas para sustentar a perda de peso e melhorar a adesão.

Os altos índices de desistência encontrados no terceiro e quarto retornos podem ser explicados pelo pagamento de nova consulta no terceiro retorno, que trata-se de outro fator que compromete a adesão e também em função dos resultados obtidos pelos pacientes.

Carmo e Batista²⁶ também observaram a importância da baixa adesão à dietoterapia, uma vez que 50,6% dos pacientes atendidos no serviço de nutrição clínica ambulatorial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, abandonaram o tratamento dietético.

González et al.²⁷ avaliaram a aderência ao tratamento nutricional, por meio de um estudo transversal com 94 pacientes com idade entre 20-50 anos, que participaram de um programa de perda de peso conduzido por uma nutricionista com dieta hipocalórica (déficit de 500 kcal/dia dos requerimentos individuais) com distribuição normal dos macronutrientes, durante em média 13 meses. A aderência foi determinada por meio de um questionário com escala qualitativa, sendo que os pacientes com pontuação maior ou igual a 24 pontos foram considerados aderentes.

Os autores observaram um índice de 68% de não adesão, sendo que não houve diferença significativa no grupo dos aderentes e não aderentes em relação à idade, tempo de

tratamento, nível de escolaridade, estado civil e nível socioeconômico, mas houve em relação à prática de atividade física. Em relação as variáveis antropométricas, as médias de peso, IMC, e CC foram significativamente maiores nos pacientes classificados como não aderentes.

Os mesmos autores explicam, no entanto, que os resultados de adesão a tratamentos não podem ser comparados, em função das diferenças metodológicas e da inexistência de instrumentos validados para esta medição.

Os pacientes com maior IMC, doenças associadas e risco para doenças cardiovasculares e metabólicas estimados pela circunferência da cintura e percentual de gordura perderam mais peso durante o período analisado, o que pode ser explicado possivelmente pela influência positiva de dois fatores na motivação do paciente, a estética e a saúde como motivo da busca do atendimento nutricional.

Contudo, os maiores índices de abandono do tratamento foram observados nos pacientes com maior excesso de peso, possivelmente pela quantidade de peso a ser perdida. Este fato foi confirmado por Horn et al.²⁸, que encontraram em seu estudo maior adesão à dieta entre os indivíduos com menor sobrepeso, num seguimento de seis anos. Além disso, Bernardi et al.¹¹ afirmam que o paciente obeso apresenta sofrimento psicológico, não só pelo preconceito social, mas também pela preocupação opressiva com a própria imagem, tornando-se inseguro pela inabilidade de manter a perda de peso.

A falta de aderência está relacionada não somente ao paciente, mas também ao profissional, ao ambiente e ao tratamento. É importante destacar que quanto mais estreita for a relação de colaboração entre o profissional e o paciente, melhor é a aderência; bem como, quanto maior for o número de mudanças e a complexidade, menor é a taxa de aderência²⁹.

O reforço exercido pelos familiares e amigos e o descontentamento próprio influenciaram positivamente a perda de peso. Assis e Nahas¹⁰ e Chimenti et al.³⁰ esclarecem que fatores externos como suporte familiar e o apoio dos amigos suplementam a adesão dos pacientes. Williams et al.⁶ esclarecem ainda, que as mudanças de comportamento só ocorrem e persistem se houver uma motivação autônoma.

A maior perda de peso também esteve relacionada ao fato de não ter realizado dieta anteriormente. De acordo com a WHO⁹, quando os indivíduos são orientados por profissionais especializados, os índices de adesão são maiores. Contudo, Chimenti et al.³⁰ evidenciam que a orientação não é suficiente para o cumprimento das recomendações dietéticas e que a presença de tratamentos anteriores, configura o comportamento de peso flutuante³¹.

A inclusão de frutas, legumes, verduras e cereais integrais relatada como fácil pelos pacientes pesquisados é de suma importância em associação com restrição energética na perda e manutenção do peso, uma vez que são alimentos ricos em fibras, que incorporados à dieta reduzem a ingestão

energética, aumentam o tempo de esvaziamento gástrico, aumentam a sensação de saciedade, diminuem a digestibilidade e aumentam a excreção fecal de energia³⁴⁻³⁵.

A prática de atividade física, julgada como possível de ser incluída na rotina pelos pacientes, tem sua efetividade bem descrita pela literatura. Sabe-se que a associação entre dieta hipocalórica e atividade física facilita a adesão ao controle alimentar, garante maior sucesso na manutenção da massa magra e diminui a massa adiposa, resultando em perda de peso e prevenção do peso flutuante^{17,36}.

Os efeitos da nicotina na redução do apetite e da ansiedade também estão bem claros na literatura; assim, as pessoas que fumavam perderam mais peso³⁷. Já em relação à idade, sabe-se que as pessoas mais jovens têm maior facilidade em perder peso, porém, não encontrou-se associação positiva entre idade e perda de peso.

O local e o tempo para realização das refeições não associou-se à perda de peso em nosso estudo. Contudo, Chimenti et al.³⁰ demonstraram em seu estudo, que fazer refeições fora de casa foi apontado como uma das maiores dificuldades para seguir o tratamento dietético.

A ansiedade e os resultados lentos apontados como maiores desmotivadores da reeducação alimentar também comprometem a adesão do paciente ao tratamento, uma vez que os pacientes ficam mais susceptíveis a episódios de compulsão alimentar, como mecanismo compensatório em situações de depressão, tristeza, nervosismo e raiva³³.

A mudança drástica dos hábitos alimentares, a falta de compreensão das orientações nutricionais e o aspecto financeiro também foram as maiores dificuldades encontradas por Chimenti et al. Diante desses resultados, especificamente da falta de compreensão das orientações nutricionais, há um comprometimento da adesão¹⁰. Essa falta de compreensão não depende exclusivamente da escolaridade, uma vez que não houve influência desta na perda de peso.

A dificuldade de realização da dieta nos finais de semana, festas e ocasiões sociais, revelada pelos pacientes, é um fator complicador na aderência ao tratamento³², em virtude dos alimentos que são consumidos nessas situações, normalmente de elevada densidade energética, por serem ricos em

açúcar e gorduras, o que muitas vezes promove a recuperação do déficit energético alcançado durante a semana.

A dificuldade de alterar a preferência por carnes e produtos ricos em gorduras, mudanças drásticas e os hábitos alimentares são descritos como fatores contribuintes da não adesão³⁰. Estes são interpretados pelos pacientes como intervenções radicais que associam-se a baixa qualidade de vida.

Conclusão

Por meio deste estudo verificou-se que a não adesão dos pacientes à reeducação alimentar para perda de peso é frequente, tanto em relação à desistência durante ao tratamento, quanto aos resultados alcançados.

As maiores dificuldades apontadas pelos pacientes foram: dificuldade de realização do plano alimentar nos finais de semana, festas e ocasiões sociais, falta de compreensão das orientações nutricionais, mudança drástica dos hábitos alimentares, os resultados lentos e ansiedade. Por outro lado, a inclusão de frutas, legumes, verduras e alimentos integrais bem como o fracionamento da alimentação em quatro a seis refeições por dia e a prática diária de atividade física foi considerada fácil pelos pacientes estudados.

Além disso, pode-se perceber que os pacientes buscam 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 a curto prazo, que possam proporcionar controle a longo prazo.

Assim, a educação nutricional precisa ser realista, maleável, aberta a discussões, na qual o paciente apreenderá a realizar suas novas escolhas nas mais diferentes situações e ainda atender as implicações fisiológicas e psicológicas do ato de se alimentar. É neste sentido que a integração entre os conceitos da nutrição e da gastronomia pode aliar saúde e prazer.

Diante disso, ressalta-se a complexidade da reformulação dos hábitos alimentares, principalmente em função do estilo de vida atual, e a necessidade da construção de estratégias em conjunto com o paciente, a fim de que o mesmo seja capaz de compreender a necessidade e a importância do problema.

Referências bibliográficas

- Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr* 2005;18(1):119-28.
- Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordas TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiq Clin* 2004;31(4):164-6.
- Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr* 2003;16(1):51-60.
- Monteiro RCA, Riether PTA, Burini RC. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. *Rev Nutr* 2004;17(4):479-89.
- Halpern ZSC, Rodrigues MDB, Costa RF. Determinantes fisiológicos do controle de peso e apetite. *Rev Psiq Clin* 2004;31(4):150-3.
- Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *J Pers Soc Psychol* 1996;70(1):115-26.

7. Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad saúde pública* 2004;20(3):698-709.
8. Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev Nutr* 2003;16(4):483-92.
9. World Health Organization. Adherence to long term therapies. Evidence for action. World Health Organization (WHO): Switzerland, 2003.
10. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr* 1999;12(1):33-41.
11. Bernardi F, Cichereho C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nutr* 2005;15(1):85-93.
12. Zaccarelli EM. Modelo transteórico e curso de vida. In: Fisberg RM, Slater B, Marchioni DMB, Martini LA. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos*. Barueri: Manole, 2005. p. 53-70.
13. Faintuch J, Falcão MC. Adesão à dieta e resultados terapêuticos. *Rev Bras Nutr Clín* 2006;21(3):179-80.
14. DiMatteo MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *J Am Med Assoc* 1994;271(1):79-83.
15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva;1997.
16. Viviani MT, Garcia Júnior JR. Interações entre os sistemas nervoso e endócrino e tecidos adiposo e muscular na regulação do peso corporal durante dietas alimentares. *Rev Bras Nutr Clín* 2006;21(1):72-7.
17. Francischi RP, Pereira LO, Lancha Júnior AH. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. *Rev Paul Educ Fis* 2001;15(2):117-40.
18. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric standardization reference manual*. Abridged, 1991.
19. StatSoft Inc. *Statistica [data analysis software system] [computer program]*. Versão 6.0; 2001.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro; 2004.
21. Cervato AM, Derntl AM, Latorre MRDO, Marucci MFN. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em universidade aberta para a terceira idade. *Rev Nutr* 2005;18(1):41-52.
22. Abete GI, Parra AMD, Martínez MABE, Pérez DS, Rodríguez DMC, Martínez HJA. Evaluación del efecto de una dieta hipocalórica, rica en legumbres, sobre la pérdida de peso y sobre marcadores de síndrome metabólico. I Congreso de la FESNAD: Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética; 2005 Mar 9-11; Madrid, ES. *Nutr Hosp* 2005;20 Suppl 1:S197.
23. Heymsfield SB, Harp JB, Reitman ML, Beetsch JW, Schoeller DA, Erondú N, et al. Why do obese patients not lose more weight when treated with low-calorie diets? A mechanistic perspective. *Am J Clin Nutr* 2007;85(2):346-54.
24. Ortega RM, López-Sobaler AM, Rodríguez ER, Bermejo LM, González LG, Plaza BL. Respuesta ante un programa de control de peso basado en la aproximación de la dieta al ideal teórico. *Nutr Hosp* 2005;20(6):393-402.
25. Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Vieira P, Lancha Júnior AH. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr* 2000;13(1):17-28.
26. Carmo MGTC, Batista SM. Experiência no atendimento ambulatorial em ambulatório. *Rev ciências da saúde* 1994;12(1/2):95-107.
27. González LI, Giraldo NA, Estrada A, Muñoz AL, Mesa E, Herrera CM. La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Rev Chil Nutr* 2007;34(1):46-54.
28. Horn LVV, Dolecek TA, Grandits GA, Skweres L. Adherence to dietary recommendations in the special intervention group in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Clin Nutr* 1997;65(1 Suppl):289-304.
29. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender al fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Med Chile* 2007;135(5):647-52.
30. 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 Clín* 2006;21(3):204-10.
31. Andrade BMC, Mendes CMC, Araújo LMB. Peso flutuante no tratamento de mulheres obesas. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2004;48(2):276-81.
32. Serour M, Alqhenaei H, Al-Saqabi S, Mustafa AR, Bem-Nakhi A. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. *Br J Gen Pract* 2007;57(537):291-5.
33. Match M, Gerer J, Ellgring H. Emotions in overweight and normal-weight women, immediately after eating foods differing in energy. *Phys Behav* 2003;80(2-3):367-74.
34. Tohill BC, Seymour J, Serdula M, Kettel-Khan L, Rolls BJ. What epidemiologic studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and body weight. *Nutr Rev* 2004;62(10):365-74.
35. Rolls BJ, Ello-Martin JA, Tohill BC. What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management? *Nut Rev* 2004;62(1):1-17.
36. Jakicic JM, Otto AD. Treatment and prevention of obesity: What is the role of exercise? *Nutr Rev* 2006;64(Suppl 2):S57-61.
37. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol* 2004;30(Suppl 2):S1-76.