



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE (PPGES)

LUCINÉIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHÃES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO E
CONTROLE DO EXCESSO PONDERAL**

JEQUIÉ/BA
2020

LUCINÉIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHÃES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO E
CONTROLE DO EXCESSO PONDERAL**

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: **Educação, Saúde e Sociedade.**

Orientadora: **Prof^a Dr^a Ana Cristina Santos Duarte**

**JEQUIÉ/BA
2020**

M188e Magalhães, Lucinéia Braga de Oliveira.
Educação em Saúde como estratégia para prevenção e controle do
excesso ponderal / Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães.- Jequié, 2020.
148f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós -Graduação em Enfermagem e
Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob
orientação da Profª. Dra. Ana Cristina Santos Duarte)

1.Educação em Saúde 2.Excesso Ponderal 3. Mudança de
Comportamento I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 613.0981

MAGALHÃES, L.B.O. **Educação em Saúde como estratégia para prevenção e controle do excesso ponderal.** Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié-Bahia. 2020. 148p.

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª ANA CRISTINA SANTOS DUARTE

Doutora em Educação

Professora Pleno da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (UESB)

Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Profª Drª RITA NARRIMAN SILVA DE OLIVEIRA BOERY

Doutora em Enfermagem


Professora Pleno da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (UESB)



Profº Drº MARCIO COSTA DE SOUZA

Doutor em Medicina e Saúde Humana/EBMSP

Professor da Universidade do Estado da Bahia (UNEB)
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco)



Profº Drº JOSÉ PATRÍCIO BISPO JUNIOR

Doutora em Saúde Pública

Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia/Instituto Multidisciplinar em Saúde (UFBA/IMS)
Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva (IMS-UFBA)



Profª Drª ANA ANGÉLICA LEAL BARBOSA

Doutora em Ciências Biológicas

Professora Emérita da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Complementariedades

DEDICATÓRIA

PAI e MÃE (Norberto e Almerinda, meus avós), [in memórian]. Vocês são referências de valores, ética e moral em minha existência. Tudo que vocês me ensinaram e cada história de vida partilhada, ficaram segredados em meu coração e se tornou **LEI**. Vocês viraram **ESTRELINHAS**, mas **BRILHAM** de verdade: **AQUI DENTRO DE MIM!** Quando a saudade aperta, fecho os olhos e recorro à minha memória afetiva, e juro: chego a sentir o cheiro e o afago. Então, parece que consigo toca-los!

AMOR QUE TRANSBORDA!

A Jair (MEU PERENE AMOR) pela **parceria, cumplicidade e incentivos** diários; pelo **AMOR** que transborda em forma de gestos e cuidados; pela forma agigantada com que acredita em **meu potencial**; por ser essa **coragem** que insiste em afugentar “meus medos” e **por viver comigo sonhos inimagináveis!**

TEU AMOR AFAGA MINHA ALMA!

A Dra VERUZA, por tocar suave a minha alma e tão marcante a minha vida com a **EXCELÊNCIA** do ser profissional e a genuína decência de um ser humano. Tua parceria, amizade e incentivo foram decisivos para que eu chegasse até aqui.

TEU AMOR ME FAZ IR AVANTE!

AGRADECIMENTOS

A primazia é Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas: **ao MEU DEUS**. Não tenho palavras para agradecer ao mentor e criador da minha vida, pois sem Ti sou barco à deriva, criação sem valor. À Ti Senhor, minhas reverências. Obrigada pelas misericórdias diárias, pela graça imerecida e fonte inesgotável de AMOR! Obrigada por me oportunizar muito mais do que preciso para viver e me abençoar muito mais do que mereço. A supremacia do teu amor me constrange. **Sou reflexo do Teu favor e da Tua permissão. TEU AMOR EXALA EM MIM!**

Ao **MEU AMOR Jair Magalhães**, sou grata à Deus pelo privilégio de partilhar a vida contigo, por todos esses anos juntos e, você ainda ser capaz de me surpreender. Deus te escolheu e me abençoou entrelaçando nossas vidas. Obrigada por me ensinar a cada dia que a partir das nossas imperfeições, podemos aparar as arestas e valorizar o que temos de melhor. **Você é BENÇÃO em minha vida, é PRESENTE em forma de AMOR!**

Sou imensamente grata à **MINHA MÃE** pelos ensinamentos, pela bravura ao me defender, pela coragem em me criar, pelo AMOR em forma de zelo e em especial, pelas renúncias que precisou fazer para que eu pudesse viver meus sonhos.

Aos meus avós maternos, **PAI E MÃE** (*In memóriam*), vocês me ensinaram a ter orgulho da minha história, a falar a “verdade” independentemente da situação e que, honestidade e caráter valem a pena, ainda que as circunstâncias sejam adversas. Sempre me ensinaram a refletir de onde venho. A valorizar onde estou. Para só então, saber onde ainda pretendo chegar! Vocês estão arraigados em minha alma, segredados em meu coração e presentes em meu viver!

Meu coração é gratidão por Deus ter colocado em minha vida UM ANJO em forma de GENTE: **Dra VERUZA!** Sua capacidade de SER GENTE, de fazer o bem sem olhar a quem me faz acreditar no Seu Humano. Obrigada pela parceria, pela dedicação e zelo comigo e com meus amores (*Jair e mainha*). Jamais vou esquecer todas as vezes que acreditou em mim. Seu fazer profissional é como um presente que vem embrulhado com sua alma, sua ternura e seu “bem-querer”.

Um carinho enorme e um AGRADECIMENTO ESPECIAL, a **AILTON SAMPAIO**. Pessoa de alma gigante, inteligente, dotado de pensamentos altruístas e de um humor incomparável.

LUIZA ANDRADE, delicada e sempre disposta a servir. Saiba que sua contribuição em for de amor, está marcada de forma subliminar no resultado dessa tese. Obrigada por tudo!

À querida, doce e sempre gentil **LINA**, minha sincera gratidão! Sua acolhida calorosa, entusiasmada e o sorriso largo, foram e serão como afagos na alma.

Aos **MEUS COLEGUINHAS**, *minha turma, MINHA PAIXÃO!* Com vocês pude sistematizar saberes, reformular pensamentos, porém, o melhor de tudo, foi desfrutar dos momentos simples e genuínos do cotidiano, gargalhar bem alto, saborear várias guloseimas, compartilhar das resenhas, sem jamais deixarmos de ser: simplesmente gente!

Agradeço ao **NOSSO QUARTETO: Eu, Jamile Marinho, Luana Machado e Luma Peixoto**. Com vocês nossos risos eram largos, o tempo não era suficiente para os nossos cafés/encontros e as espumantes nunca bastavam (rsrsr). Meninas, sou MAIS FELIZ pela vida de vocês em minha vida!

Agradeço a oportunidade de ter convivido com o **saudoso Tito Lívio**. Sou imensamente grata à Deus pela oportunidade de conviver com aquele menino com alma de gigante. Ele parecia ter asas quando falava dos sonhos, talvez seja por isso que Deus o levou para perto D'ele, pois no céu não tem limites!

Agradeço a minha orientadora, **Professora Dr^a Ana Cristina**, por toda orientação, pela compreensão inesgotável, por acreditar em mim quando nem eu mesma cria e por toda confiança em meu trabalho. Deus não poderia ter me presenteado com melhor orientadora que você!

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde** pelas contribuições e dedicação na arte de ensinar e produzir/fazer ciência.

Gratidão aos meus **colaboradores/ entrevistados(as)**, pelo aceite em contribuir com a pesquisa. Sem vocês a realização desse trabalho, seria impossível.

Aos Professores **Adriana Alves Nery; Ana Angélica Leal Barbosa; José Patrício Bispo Junior; Jules Ramon Brito Teixeira; Marcio Costa de Souza; Rita Narriman Silva de Oliveira Boery** pelo aceite, disponibilidade e contribuição como parte da banca examinadora deste trabalho.

Ao coleguinha **Dr Ícaro José Santos Ribeiro**, pela amizade sincera, por sempre se mostrar solícito e sempre esboçar um lindo e singelo sorriso ao meu lado. Você é sinônimo de simplicidade e excelência! Obrigada pelas ricas contribuições das análises estatísticas.

Aos **funcionários da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)**, por todo serviço prestado durante o curso do doutorado. Aos que se fizeram presentes durante toda a trajetória, bem como aos que se mantiveram em anonimato, porém seus afazeres jamais passaram despercebidos.

A **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)**, Campus de Jequié, por mais uma vez me acolher e contribuir como palco para mais uma de minhas conquistas

*“A objeção, o desvio, a desconfiança alegre, a vontade de troçar são sinais de saúde: **TUDO O QUE É ABSOLUTO PERTENCE À PATOLOGIA**”.*

Friedrich Nietzsche (Para Além do Bem e do Mal)

MAGALHÃES, L.B.O. **Educação em Saúde como estratégia para prevenção e controle do excesso ponderal**. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié-Bahia. 2020. 148p.

RESUMO: O excesso ponderal (sobrepeso ou obesidade) vem crescendo em magnitude em todo o mundo, sendo considerado uma condição complexa, de difícil entendimento, devido às suas múltiplas determinações. Diante disso, o estudo teve como objetivo geral: analisar as estratégias de educação em saúde utilizadas por indivíduos submetidos à um protocolo de emagrecimento, para prevenção e controle do excesso ponderal; e como objetivos específicos: Identificar as estratégias educativas, utilizadas pelos participantes de um protocolo, como estratégia no enfrentamento do excesso ponderal; Conhecer os limites e possibilidades das estratégias educativas utilizadas pelos participantes do protocolo de emagrecimento na prevenção e controle do excesso ponderal; Conhecer a percepção dos indivíduos, sobre as dificuldades e os benefícios no controle do excesso ponderal; Avaliar os níveis lipídicos e antropométricos pré e pós participação em um protocolo de emagrecimento; e, Investigar o estágio motivacional e a prontidão para a mudança de comportamento problema dos indivíduos submetidos ao protocolo de emagrecimento. Estudo de método misto, do tipo descritivo e exploratório, realizado com 19 informantes que participaram de um protocolo de emagrecimento, em um município de médio porte da região sudoeste da Bahia. Os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos; ter participado do protocolo em todas as etapas e aceitar realizar entrevista. Os critérios de exclusão foram: participantes elegíveis, mas que não realizaram as avaliações da bioimpedância antes e após o protocolo. Foram utilizados tanto fontes primárias (Questionário e Entrevista), quanto fonte secundária (prontuário clínico). A análise qualitativa foi realizada a partir da técnica de Análise de Conteúdo Temática, enquanto a quantitativa por meio do programa estatístico software Stata (Versão 12.0). A pesquisa foi aprovada pelo CEP (CAAE nº 93617318.9.0000.0055). Os resultados apontaram que reeducação alimentar, prática de atividade física regular, apoio das tecnologias de comunicação e do grupo terapêutico são importantes estratégias educativas no combate ao excesso ponderal; os benefícios da redução e controle do excesso ponderal estão relacionados a questão da saúde, da autoestima/estética, da qualidade de vida e do envelhecimento saudável; a dificuldade em manter as mudanças comportamentais desencadeou, nos participantes, um processo ansiogênico, permeado de angústia devido ao reganho do peso e retorno aos velhos hábitos alimentares. Foi constatado, ainda, que houve uma melhora na totalidade de todos os parâmetros do perfil lipídicos e de todos os componentes antropométricos e de bioimpedância. Porém, constatou-se que os participantes, em sua maioria absoluta, estavam no estágio da pré-contemplação e não reconhecem o comportamento problema que, muitas vezes, os conduzem a recaídas. Portanto, conclui-se que a principal estratégia para redução e controle do excesso ponderal é a mudança de comportamento. Neste caso, urge a necessidade em se investir em modelos educativos que estimulem a emancipação dos indivíduos e o fortalecimento da gestão com qualidade de vida.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Excesso Ponderal; Mudança de Comportamento.

LISTA DE SIGLAS

A	Ação
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ACT	Água Corporal Total
AE	Autoeficácia
BIA	Bioimpedância Elétrica
C	Contemplação
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSP	Cadernos de Saúde Pública
CT	Colesterol Total
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCT	Doenças Crônicas Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
FAO	Food and Agriculture Organization
HDLc	Fração de Colesterol das Lipoproteínas de Alta Densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFAD	International Fund for Agricultural Development
IMC	Índice de Massa Corpórea
IQ	Intervalo Interquartil
LDLc	Fração de Colesterol das Lipoproteínas de Baixa Densidade
M	Manutenção
MEPS	Movimento da Educação Popular em Saúde
MLG	Massa Livre de Gordura
MM	Massa Muscular Esquelética
MS	Ministério da Saúde

MTT	Modelo Transteórico
NAASO	North American Association for the Study of Obesity
NHLBI	National Heart, Lung, and Blood Institute's
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Pré-contemplação
PGC	Porcentagem de Gordura Corporal
PM	Prontidão para Mudança
POF	Pesquisa de Orçamento Familiares
PPGEs	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
RCQ	Relação Cintura-Quadril
RPSP	Revista Pan-Americana de Saúde Pública
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCG	Teoria Social Cognitiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TG	Triglicérides
TMB	Taxa Metabólica Basal
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UNICEF	United Nations Children's Fund
URICA	University Rhode Island Change Assessment
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VLCD	Very Low Calorie Diet (Dieta de Muito Baixa Calorias)
VLDL	Lipoproteínas de Densidade Muito Baixa
WFP	World Food Programme
WGO	World Gastroenterology Organisation
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo geral	18
2.2	Objetivos específicos	18
3	REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1	O QUE DIZEM AS PESQUISAS SOBRE O EXCESSO PONDERAL?	19
3.2	PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: percurso histórico e aspectos conceituais	22
3.3	CONDIÇÕES CRÔNICAS E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	26
3.4	EXCESSO PONDERAL E OS PROTOCOLOS DE EMAGRECIMENTO	28
3.5	MODELO TRANSTEÓRICO (MTT) DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	31
4	ESTRATÉGIA METODOLOGIA	37
4.1	TIPO DE PESQUISA	37
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA	38
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	40
4.4	TÉCNICA/INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	44
4.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	46
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	48
5	RESULTADOS	49
5.1	MANUSCRITO 01: Estratégias educativas como ferramenta para prevenção e controle do excesso ponderal	50
5.2	MANUSCRITO 02: Percepções de indivíduos participantes de um protocolo de emagrecimento sobre as dificuldades e os benefícios do controle do excesso ponderal.	76

MANUSCRITO 03: Avaliação dos níveis lipídicos, antropométricos e	
5.3 mudança de comportamento de indivíduos submetidos ao protocolo de emagrecimento	99
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	138
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista	140
ANEXO A – Autorização para coleta de dados	142
ANEXO B – URICA (<i>University Rhode Island Change Assessment</i>)	143
ANEXO C – Modelo FICHA DE BIOIMPEDÂNCIA	144
ANEXO D – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa	145

1 INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade são condições distintas que indicam graus diferentes de acúmulo de gordura corporal. Assim, enquanto o primeiro é o peso acima de uma normal referência, de acordo com a classificação de peso corporal pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o segundo é um excesso de gordura corporal (SOUZA; GUEDES; BENCHIMOL, 2015). Entretanto, cabe ressaltar que, as duas terminologias indicam que uma pessoa apresenta o peso acima do ideal e, tal condição está associada ao elevado risco de comorbidades que afetam a qualidade de vida dos indivíduos (MANCINI, 2015).

Nessa perspectiva, no presente estudo, se propõe a adotar a terminologia Excesso Ponderal (sobrepeso ou obesidade). Evidentemente, não se trata aqui, de apenas unir o sobrepeso e a obesidade em uma única dimensão, até porque existem diferenças significativas a serem consideradas. Entretanto, entende-se que ambos integram a tabela recomendada pela OMS para o controle do peso e o acompanhamento nutricional, sendo que, devido aos efeitos adversos a saúde, recomenda-se a perda de peso tanto para indivíduos com sobrepeso, quanto para com obesidade (ADA, 2013).

Sabe-se que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a exemplo das neoplasias, doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemias, entre outras) são responsáveis pelo aumento da morbimortalidade em todo o planeta, revelando-se como um dos maiores desafios da saúde pública na modernidade. Dados da OMS apontavam que, em 2016, as DCNT foram responsáveis por cerca de 41 milhões (71%) de um total de 54 milhões de mortes ocorridas no mundo (WHO, 2018).

Neste estudo, destaca-se o excesso ponderal como um dos mais importantes fatores de risco para a carga global de doenças e por apresentar relação direta com várias DCNT, tais como doenças cardiovasculares, dislipidemias, diabetes, hipertensão, câncer de cólon, reto e de mama, entre outras (BRASIL, 2017a).

No Brasil, as DCNT são as principais causas de morte entre adultos, sendo o excesso ponderal, um dos fatores de maior risco para o adoecimento. Daí que, o que mais chama atenção nessa epidemia é a velocidade como ela aumentou nas últimas

décadas, de tal modo que, atualmente, o excesso ponderal acomete um em cada dois adultos e uma em cada três crianças (BRASIL, 2017a).

Num viés mais conceitual, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) convencionou que indivíduos com excesso ponderal seriam aqueles com IMC igual ou acima de 25kg/m², sobrepeso aqueles com IMC de 25 a 29,9kg/m² e obesidade aqueles com IMC maior ou igual a 30kg/m² (ABESO, 2016). Para além deste aspecto, o excesso ponderal, também, pode ser descrito como uma DCNT, de etiologia multifatorial que envolve na sua patogênese fatores genéticos, ambientais, nutricionais, socioeconômicos e comportamentais, resultando em um balanço energético positivo por tempo prolongado, produzindo excesso de gordura corporal ou acúmulo anormal de gordura no tecido adiposo (BOGUSZEWSKI, PAZ-FILHO, 2015; WHO, 2013).

Se por um lado, o excesso ponderal é classificado como uma grande epidemia mundial que afeta todos os níveis étnicos e socioeconômicos, do mesmo modo, devido suas determinações múltiplas e heterogêneas, é considerado complexo e de difícil entendimento, por apresentar diversos fatores desencadeantes, que podem envolver, entre outras causas, aumento da ingestão alimentar, sedentarismo, causas genéticas e diversas doenças endócrinas (SANTOS, 2015; BOGUSZEWSKI; PAZ-FILHO, 2015).

De forma complementar a esse entendimento, observa-se a respeito do fenômeno, que a OMS além de designar essa patologia como a epidemia do século XXI, também tem destacado em suas publicações que o excesso ponderal vem crescendo em magnitude em todo o mundo, independentemente do nível de desenvolvimento do país, do nível econômico dos indivíduos e da faixa etária (CASTELLANOS, 2015; WHO, 2013).

Em estudo (WHO, 2018) que trata das tendências mundiais no índice de sobrepeso e obesidade, observou-se que entre os anos 2000 e 2016 houve um aumento da obesidade em todas as regiões do mundo, com prevalência global crescendo de 9% em 2000 para 13% em 2016. Além disso, em publicação recente sobre o estado da segurança nutricional e alimentar no mundo em 2019 (FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO, 2019), dados revelaram que o excesso ponderal continua

aumentando em todas as regiões do mundo, sendo motivo adicional de preocupação, uma vez que, em 2016, 131 milhões de crianças entre 5 a 9 anos, 207 milhões de adolescentes e 2 bilhões de adultos estavam acima do peso.

Um estudo publicado na revista *The Lancet* (2016), realizado com 20 milhões de pessoas em 200 países, sobre o aumento no número de obesos, reuniu estimativas populacionais sobre o excesso ponderal. Os dados revelam que, à cada década, a população mundial se tornou 1,5 kg mais pesada, revelando que se essa tendência continuar, um em cada cinco indivíduos serão obesos em 2025, ou seja, a prevalência global da obesidade atingirá 18% nos homens e ultrapassará 21% nas mulheres e, mais de 6% dos homens e 9% das mulheres serão severamente obesos (DI CESARE; *et al*, 2016).

Interessante notar em estudo, realizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), que o excesso ponderal pode acarretar prejuízos à saúde do indivíduo, aumentando os riscos de mortalidade precoce e o surgimento de doenças crônicas associadas (CDC, 2011; MANZONI, *et. al*, 2011). Do ponto de vista da OMS, através do estudo publicado no documento "*Global Health Risks*", a hipertensão arterial (responsável por 13% das mortes), o tabagismo (responsável por 9% das mortes), o diabetes (responsável por 6% das mortes), o sedentarismo (responsável por 6% das mortes), e o excesso ponderal (responsável por 5% das mortes) compõem os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo (WHO, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) publicou, em abril de 2017, os números da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2016), revelando que mais da metade da população estava com peso acima do recomendado. A pesquisa foi realizada entre fevereiro e dezembro de 2016, sendo entrevistados por telefone 53.210 pessoas com mais de 18 anos nas capitais do país. Com base na pesquisa, em dez anos, o excesso de peso cresceu 26,3%, passando de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016. Mais preocupante ainda, foi observar que a obesidade apresentou um crescimento de 60% nos últimos 10 anos, passado de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016 (BRASIL, 2017b).

Estudos realizados por Coutinho; Lins (2015) e Abeso (2016) apontam que mudanças no padrão de adoecimento global, a exemplo a ascensão da prevalência

do excesso ponderal, são consequências das intensas transformações econômicas e sociais que vem ocorrendo nas últimas décadas. Os riscos associados ao excesso ponderal, têm consequências econômicas no setor saúde, em função do impacto da doença na vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade, configurando-se não apenas como problema de saúde, mas também como um problema de forte repercussão na economia.

Diante deste cenário, pode-se admitir que investigações sobre o excesso ponderal vêm sendo realizadas com diferentes extratos da população brasileira. Cada vez mais, os resultados se mostram bastante preocupantes por considerar que os índices de excesso ponderal estão crescendo significativamente.

É notório que a elevada prevalência do excesso ponderal se constitui como um grave problema de saúde pública que precisa ser enfrentado por toda a sociedade. Entretanto, apesar do crescimento no número de investigações sobre o fenômeno, se faz necessário estudos referentes as possíveis contribuições das estratégias educativas de enfrentamento, capazes de superar o ciclo “perda-ganho” de peso, reverter os danos à saúde e, romper com os prejuízos gerados ao indivíduo.

Não por acaso que, nos aspectos referentes aos processos de mudanças de comportamento, existem algumas áreas, a exemplo do excesso ponderal, em que há uma contínua e implacável luta para controlar o peso, uma vez que o maior desafio não é a perda do peso, mas sim sua manutenção. Neste caso, devido às “tentações” e recaídas, o indivíduo necessita mergulhar nas atividades secretas, da mudança e do controle do comportamento que invariavelmente será para uma vida inteira.

Partindo destas constatações, é possível considerar o impacto social, econômico e comportamental causado pelo excesso ponderal. Em vista disto, avançar na compreensão do fenômeno para além da doença, envolve um conjunto de ações e iniciativas intersetoriais, bem como novas estratégias de enfrentamento capazes de reconhecê-la como um problema social passível de controle, prevenção e tratamento.

É nesse cenário de inquietações que se apresenta o tema **“Educação em Saúde como estratégia para prevenção e controle do excesso ponderal”**. Na diversidade de concepções dos autores e suas investigações, se instala o desafio de fazer escolhas teórico-conceitual-metodológicas capazes de contribuir para a

compreensão do fenômeno e, assim, lançar algumas pistas que conduzam o processo de transformação das práticas.

Refletindo sobre esses aspectos e, as modificações comportamentais possíveis de serem incorporadas a partir do processo educacional [educação em saúde] enquanto estratégia para prevenção e controle do excesso ponderal, surgiram as seguintes **questões de investigação**: Quais estratégias educativas podem ser utilizadas como ferramenta no enfrentamento do excesso ponderal? Quais os limites e as possibilidades da educação em saúde como estratégia para a prevenção e controle do excesso ponderal na vida de indivíduos submetidos à um protocolo de emagrecimento? Qual a percepção dos indivíduos, participantes de um protocolo de emagrecimento, sobre as dificuldades e os benefícios no controle do excesso ponderal? Quais os níveis lipídicos e antropométricos pré e pós participação de indivíduos em um protocolo de emagrecimento? Qual o estágio motivacional e a prontidão para a mudança de comportamento se encontram os indivíduos submetidos ao protocolo de emagrecimento?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- ▶ Analisar as estratégias de educação em saúde utilizadas por indivíduos submetidos à um protocolo de emagrecimento, para prevenção e controle do excesso ponderal.

2.2 Objetivos específicos:

- ▶ Identificar as estratégias educativas, utilizadas pelos participantes de um protocolo, como ferramenta no enfrentamento do excesso ponderal.
- ▶ Conhecer os limites e possibilidades das estratégias educativas utilizadas pelos participantes de um protocolo de emagrecimento na prevenção e controle do excesso ponderal.
- ▶ Conhecer a percepção dos indivíduos, participantes de um protocolo de emagrecimento, sobre as dificuldades e os benefícios no controle do excesso ponderal.
- ▶ Avaliar os níveis lipídicos e antropométricos pré e pós participação em um protocolo de emagrecimento.
- ▶ Investigar o estágio motivacional e a prontidão para a mudança de comportamento problema dos indivíduos submetidos ao protocolo de emagrecimento

3 REVISÃO DA LITERATURA

Essa tese consiste na investigação sobre “**Educação em Saúde como estratégia para prevenção e controle do excesso ponderal**”. Nesse sentido, há uma preocupação em revisitar algumas produções da literatura sobre o excesso ponderal; as práticas de educação em saúde; as condições crônicas e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e; o Modelo Transteórico (MTT).

3.1 O QUE DIZEM AS PESQUISAS SOBRE O EXCESSO PONDERAL?

Na revisão da produção científica referente ao excesso ponderal, estudos (MITCHELL; SHAW, 2015; DI CESARE; et al, 2016; WHO, 2018; BRASIL, 2017a) revelaram que nos últimos anos, houve uma tendência do aumento da prevalência do excesso ponderal em todas as regiões do planeta.

Uma investigação realizada por Silva *et al* (2012) destaca que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil são as que apresentaram maiores prevalências de adultos com excesso ponderal. No mesmo estudo, os autores comentam que alguns fatores do chamado “ambiente obesogênico”, ou seja, ambiente em que as pessoas são mais expostas a fatores que induzem à obesidade, são mais evidentes nos grandes centros urbanos. A alta densidade populacional, o trânsito intenso e pesado, meios de transportes passivos, estresse e hábitos inadequados do estilo de vida são alguns desses fatores.

Tem-se constatado que investigações de base populacional já vem sendo realizado há alguns anos no Brasil (IBGE, 2003; IBGE, 2009; BRASIL, 2010), revelando que o sobrepeso e a obesidade estão associados aos fatores sociais e econômicos, como a escolaridade, e a renda, bem como com fatores demográficos, a exemplo da idade, do sexo e da região de domicílio (GIGANTE et al., 2006).

Diversos pesquisadores (PINHEIRO; *et al*, 2016; FLORÊNCIO; *et al*, 2016; CALLO; *et al*, 2016; MALTA; *et al*, 2016; MAGALHÃES; *et al*, 2015; RIBEIRO; *et al*, 2015; COSTA; *et al*, 2014; MACHADO; *et al*, 2014; SOARES; *et al*, 2014; HORTA; *et al*, 2013 e SILVA; *et al*, 2012) realizaram estudos transversais, estabelecendo como

variável dependente o sobrepeso e a obesidade e como variável independente os fatores associados, tais como: condições socioeconômicas, demográficas, comportamentais, informações de saúde (alimentação e nutrição). Outras investigações (FREITAS; *et al*, 2016; COSTA; *et al*, 2014; SANTOS; *et al*, 2013 e SILVA; *et al*, 2013) recorreram ao modelo estatístico da análise de regressão de Poisson, que tem por característica a análise de dados contados na forma de proporções ou razões de contagem (COUTINHO; *et al.*, 2008).

Estudos recentes (PINHEIRO; *et al*, 2016; FLORÊNCIO; *et al*, 2016; CALLO; *et al*, 2016; ANASTÁCIO; *et al*, 2013; HORTA; *et al*, 2013), têm evidenciado que a prevalência do sobrepeso e obesidade estão associadas aos fatores como idade reprodutiva; dimensão individual da vulnerabilidade, marcadores interpessoais e subjetivos; composição corporal; incidência pós-transplante hepático; disfunção sexual; entre outros. Ainda relacionado à essa questão, estudos (PINHEIRO; *et al*, 2016; MAGALHÃES; *et al*, 2015; RIBEIRO; *et al*, 2015 e HORTA; *et al*, 2013) que tomam como foco central a mulher, abordam a prevalência do sobrepeso e obesidade associados à idade reprodutiva; fatores demográficos, socioeconômicos, obstétricos, antropométricos e comportamentais de gestantes; qualidade do sono de gestantes; Doenças crônicas não transmissíveis em mulheres.

Estudo de abrangência nacional, realizado entre o período de 2006 a 2013, em população adulta, e utilizando dados autorreferidos do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), revelou que no período, houve uma ascensão significativa no que se refere a maioria dos indicadores, tais como faixa etária, sexos, escolaridade e regiões. No mesmo estudo, foi identificado que os índices do excesso ponderal estavam presentes entre as categorias: sobrepeso (32,2%), obesidade (17,5%) e obesidade grau III (1,5%) (MALTA *et al*, 2016).

Um estudo mais localizado, realizado com adultos quilombolas, residentes na zona rural do município de Vitória da Conquista-Bahia, sinaliza que a obesidade abdominal está relacionada frequentemente a pessoas em idades mais elevadas, a pessoas que possuem baixa escolaridade e não desenvolve atividades laborais. A investigação apontou para associações entre sobrepeso e obesidade abdominal, e

fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde (SOARES; BARRETO, 2014).

Coadunando com estas questões, o estudo de Costa *et al* (2014), demonstra que o excesso ponderal passa ocorrer como parte de um conjunto de comorbidades de longa duração, deslocando sua focalização de risco para as etnias socialmente mais desfavorecidas, como negros e pardos, ou outros agrupamentos aproximados pela condição de pobreza, como famílias do meio rural, estratos de renda mais baixa ou em condições inadequadas de saneamento da moradia e do meio ambiente.

Não diferente dessa realidade, o excesso ponderal em adultos jovens escolares, tomando como referência a discussão sobre vulnerabilidade da autopercepção corporal distorcida, foi abordado no estudo realizado por Florêncio *et al* (2016). Os achados do estudo, revelaram que o excesso de peso é um fator capaz de afetar significativamente o processo de autoestima, autopercepção de saúde e a satisfação corporal do indivíduo, produzindo um sentimento de menos valia, além de impactar sua maneira de refletir acerca das atitudes e crenças, resultando em comportamentos antagônico, causando insatisfação (FLORÊNCIO *et al*, 2016).

Em outras duas investigações (RIBEIRO; *et al*, 2015; SILVA; *et al*, 2013) identificou-se como consequência do excesso ponderal, o distúrbio do sono e a disfunção sexual. No primeiro, o excesso ponderal, tende a ocasionar uma má qualidade do sono, geralmente ocasionadas pelos seguintes problemas: apneia do sono, ronco, dificuldade de movimento, entre outros (RIBEIRO; *et al*, 2015). Já no segundo, o risco aumentado para disfunção sexual tem sido mais um transtorno enfrentado por indivíduos com excesso ponderal, ocasionando prejuízos biopsicossociais e, conseqüentemente uma má qualidade de vida dos sujeitos (SILVA *et al*, 2013).

A altas prevalências de excesso de peso, sendo a idade um importante fator associado ao sobrepeso e obesidade, foi observada no estudo de Santos *et al* (2013). Os achados deste estudo demonstraram que a manutenção do peso adequado deve ser entendida como prioridade e que as ações educativas pautadas na visão holística e interdisciplinares, direcionadas à promoção da saúde e às práticas alimentares saudáveis, nesse grupo, são essenciais (SANTOS *et al*, 2013).

Freitas *et al* (2016), realizam um estudo no município de Belo Horizonte – Minas Gerais, utilizando-se de um inquérito epidemiológico por questionário eletrônico. Neste estudo, o número de participantes foi superior a 5 mil servidores, com destaque para a incorporação de diferentes ocupações e a variedade de medidas referentes às características dos indivíduos e do trabalho. Os achados deste estudo vêm reforçar a necessidade de adoção de medidas preventivas específicas aos fatores de risco modificáveis identificados, com destaque para a privação de pausas no trabalho. Destacam ainda que o ambiente de trabalho é considerado espaço propício para a realização de atividades de educação em saúde (FREITAS *et al*, 2016).

3.2 PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: percurso histórico e aspectos conceituais

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa e, que teve como produto final a Carta de Ottawa (1986), inscreveu a educação em saúde como uma estratégia imprescindível no processo de sensibilização dos indivíduos e da coletividade para o reconhecimento dos seus direitos e responsabilidades na busca pela saúde (FEIO; OLIVEIRA, 2015). Importante destacar que, a partir desta conferência, definiu-se que a promoção da saúde seria todo processo de capacitação dos indivíduos, famílias e comunidades que contribuam para que estes possam atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde. Já a educação em saúde (OMS, 1986).

Essa perspectiva situa a educação em saúde na condição de importante ferramenta capaz, não apenas, de romper com as práticas verticalizadas e tradicionais, mas principalmente de construir espaço para o surgimento de práticas transformadoras que contribuam para o fortalecimento da autonomia e a emancipação do sujeito responsável pela sua saúde.

Cumprе destacar que, a educação em saúde enquanto campo de práticas e conhecimentos tem voltado seu olhar para a criação de vínculo entre a ação do profissional e o pensar, saber, fazer cotidiano do sujeito. Nesta direção, a educação em saúde revela-se como uma prática privilegiada no campo das ciências da saúde, capaz de propor ações transformadoras na adoção de novos hábitos de vida e

condutas de saúde, a partir do desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo dos atores sociais (VASCONCELOS, 2017).

Entretanto, para além destes aspectos, ressalta-se que a educação em saúde enquanto um conjunto de saberes e práticas orientados para a promoção da saúde (ALVIM; FERREIRA, 2007), constitui-se em um campo heterogêneo, marcado por diferentes concepções históricas, sociais e conceituais.

No campo das heranças e experiências acumuladas no Brasil, é possível considerar que, desde a sua gênese, diferentes práticas e concepções marcaram a história da educação em saúde. Apesar desta questão, observa-se que as primeiras práticas de educação em saúde datam do final do século XIX e início do século XX, quando o discurso sanitário subjacente, instituído na Europa do século XVIII, insere-se em nosso território (ALVES, 2005), com a finalidade de controlar as epidemias dos grandes centros urbanos do país e, dessa forma, proteger o modelo econômico agroexportador brasileiro.

Esse discurso, em nome do desenvolvimento, se fortaleceu e, foi construído em torno da moralidade e da disciplinarização higiênica, com alto grau de fortalecimento do discurso biologicista e da ideia de que a ignorância absoluta do sujeito só lhe permite receber os ensinamentos da classe dominante. Desse modo, as práticas eram justificadas e passaram a representar a base estruturante do fortalecimento do saber técnico profissional (FREIRE, 2005).

Alguns autores (VASCONCELOS, 2017; ALVES, 2005; SMEKE; OLIVEIRA, 2001) revisitaram a história da educação em saúde e descreveram seu percurso histórico. Nesse sentido, observa-se que na década de 1960 algumas transformações podem ser verificadas, especialmente após o advento da Medicina Comunitária que, trouxe para a arena do debate um apelo à participação da comunidade, por meio de práticas de educação em saúde comunitária, baseada no “pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde” (ALVES, 2005, p. 45).

Na década de 1970 começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde que buscavam romper com a tradição autoritária e normatizadora do Estado. Segundo Vasconcelos (2017), foi neste cenário que o Movimento da Educação

Popular em Saúde (MEPS) teve origem a partir da insatisfação de alguns profissionais de saúde com seus serviços. Esse movimento valoriza a troca de conhecimentos e defende o diálogo como caminho para a “análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento de estratégias de lutas e enfrentamentos” (VASCONCELOS, 2017, p. 85).

A partir da década de 1980, observa-se a necessidade de uma educação em saúde centrada nas necessidades globais e ao mesmo tempo individuais. Nesse sentido, o desenvolvimento das habilidades pessoais é defendido na Carta de Ottawa, “através da divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais” (OMS, 1986, p.3). É também, neste contexto, fundamental a capacitação das pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para controlarem e agirem sobre os seus próprios determinantes de saúde.

Essa perspectiva desloca a educação em saúde de uma tendência tradicional curativista para uma tendência dialógica, promocional. Assim, Vieira; et al (2016, p.298) destacam que o foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação, tendo como objetivos encorajar as pessoas a “adotar e manter padrões de vida saudáveis; usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição e; tomar suas próprias decisões tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e condições do meio ambiente”.

Pode-se dizer, então, que as práticas de educação em saúde são “ações intencionais (práticas sociais e políticas) que buscam a construção de significados para os saberes, representações e informações” (PEDROSA, 2017, p. 183). Tais práticas, descritas enquanto ato pedagógico, dialógico e comunicativo, contribuem para que os sujeitos sejam capazes de reconhecer seu lugar no mundo, produzindo subjetividades com o sentido de “mobilização para a ação, o que se chama de práxis” (PEDROSA, 2017, p. 183).

As práticas de educação em saúde hegemônicas e emergentes estão presentes nos diversos cenários dos serviços de saúde, de tal forma que é possível observar um predomínio das práticas hegemônicas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, em detrimento das práticas

emergentes voltadas para o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade dos sujeitos (ALVES, 2005).

Tomando como possibilidade a existência de modelos intermediários, pode-se delinear dois modelos que representam extremos no que se refere às práticas de educação em saúde. Esses modelos são referidos por Alves (2005) como o modelo tradicional e o modelo dialógico.

O modelo tradicional é reconhecido historicamente por ser hegemônico, focaliza a doença e a intervenção curativista. Neste modelo, as práticas de educação em saúde são orientadas pelo discurso biologicista, centrado na dimensão individual que propaga a mudança de atitude e o comportamento individual como condição para garantia da resolução dos problemas de saúde (ALVES, 2005). As principais características deste modelo são: relação assimétrica entre profissional e usuário; comunicação de caráter informativo; disseminação de informação de efeito temporário, através dos meios de comunicação de massa; mudança de comportamento provisória devido aos estímulos temporários; entre outras.

É importante indicar que, de acordo com Vasconcelos (2001, p.14), no modelo tradicional, as práticas educativas caracterizam-se por um “tipo de educação que poderia ser chamada de „toca-boiada”, em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isso, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça)”. Neste quadro, o discurso em torno da questão saúde tem toda uma conotação voltada para a culpabilidade do sujeito, desconsiderando os determinantes psicossociais e culturais.

Na outra extremidade, reside o modelo dialógico, centrado na proposição de práticas de educação em saúde sensíveis às necessidades dos indivíduos, ou seja, trabalha com a “perspectiva de sujeitos das práticas de saúde” (AYRES, 2001). Sustentado pelo diálogo e participação enquanto instrumentos essenciais, esse modelo tem como princípio fundamental, transformar saberes existentes, ou seja, contribuir para que mudanças de hábitos de vida e comportamentos para a saúde sejam incorporados pelos sujeitos. Dessa forma, a construção de novos sentidos e significados contribuirão para o desenvolvimento de práticas educativas emancipatórias (ALVES, 2005).

3.3 CONDIÇÕES CRÔNICAS E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Ao longo dos anos, as doenças foram divididas em doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esse modelo, apesar de ser útil para os estudos epidemiológicos, não tem o mesmo efeito do ponto de vista de resposta social aos problemas de saúde, já que acaba por “excluir outras condições que não são doenças” (MENDES, 2012, p.31). Assim, diferente desta clássica tipologia, a Organização Mundial da Saúde (OMS), acolheu como nova categorização para o conceito de condições de saúde, as terminologias: condições agudas e condições crônicas (MENDES, 2012; OMS, 2003).

As condições agudas, são aquelas que, em geral, apresentam um “curso curto, que se manifestam de forma pouco previsível e que podem ser controladas de modo reativo e episódico, mas integrado, e exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde” (MENDES, 2018, p.432). Já as condições crônicas, são aquelas que envolvem um extenso grupo de doenças e agravos à saúde, caracterizada por um curso mais ou menos longo ou permanente, que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde (OMS, 2003; MENDES, 2018).

No que diz respeito a natureza eclética das condições crônicas e sua complexidade, é preciso compreender que condição crônica não é o mesmo que doença crônica não transmissível, mesmo sabendo que toda doença crônica é uma condição crônica. Entender esse processo é importante tanto na identificação das necessidades de saúde da pessoa em condição crônica, quanto na ampliação do olhar para além de uma patologia.

Seguindo uma tendência global, desde a segunda metade do século passado, sobreveio no Brasil diversas transições das condições de saúde, que revelam predomínio crescente das condições crônicas e se expressam em quatro dimensões: tecnológica, demográfica, epidemiológica e nutricional (MENDES, 2018; IBGE, 2009). A transição tecnológica se manifesta nos modelos de incorporação das novas tecnologias. Na transição demográfica, há um acelerado processo de envelhecimento e aumento da expectativa de vida, que produz uma pirâmide etária com maior peso

relativo para adultos e idosos (SCHMIDT, 2011). Na transição epidemiológica, tem-se a diminuição da morbimortalidade por doenças infectocontagiosas e o aumento do adoecimento e das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Já na transição nutricional, observa-se modificações no padrão de comportamento alimentar, com a aquisição de hábitos não saudáveis (MONTEIRO; *et al*, 2000), expondo a população ao aumento da prevalência do excesso ponderal, além dos riscos de doenças crônicas.

Dessa forma, a obesidade é classificada como “porta de entrada” para muitas doenças crônicas integrante do grupo das DCNT, que são de difícil conceituação e geram polêmicas quanto a própria denominação, seja como doenças não-infecciosas, doenças crônicas-degenerativas ou como doenças crônicas não-transmissíveis, sendo este último o conceito mais utilizado pelos profissionais e pesquisadores (LESSA, 2004).

As DCNT são caracterizadas por terem história natural prolongada; múltiplos fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos; longos períodos de latência; longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação; lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (LESSA, 2004).

Diante do todo exposto, observa-se que a alta prevalência do excesso ponderal, deve ser considerada como um grave problema de saúde pública, de caráter múltiplo e heterógeno que além de necessitar de articulação intersetorial para sua prevenção, também exige dos órgãos governamentais políticas de educação e de saúde mais efetivas (BRASIL, 2014).

No Brasil, entre às inúmeras políticas públicas que incluem as doenças crônicas em sua agenda estratégica, destaca-se o documento publicado pelo Ministério da Saúde, em 2011, intitulado “*Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*” (BRASIL, 2011). Tendo como meta preparar o País para enfrentar e deter as DCNT, nos próximos dez anos, este documento estabelece normas e diretrizes direcionadas para a prevenção e o controle das DCNT, apresentando como meta específica para o excesso de peso,

reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes e deter o crescimento da obesidade em adultos (BRASIL, 2011).

3.4 EXCESSO PONDERAL E OS PROTOCOLOS DE EMAGRECIMENTO

Nas últimas décadas, a prevalência da obesidade apresentou um aumento mundial e, essa prevalência crescente de excesso ponderal deve-se em muito à mudança comportamental. Assim, a modernização, o acesso aos recursos tecnológicos que proporcionam maior conforto, a diminuição das atividades físicas espontâneas, o aumento de tempo à frente de atividades como televisão, computadores e jogos eletrônicos, a tendência de comer mais e as influências de comerciais que propagam o consumo de alimentos com alto valor energético, entre outros, são algumas das mudanças comportamentais que estão diretamente relacionadas com o excesso ponderal (GIUGLIANO; CARNEIRO, 2004).

Considerando o exposto, é possível afirmar que a obesidade enquanto um fenômeno mundial tende a afetar ricos e pobres e “é resultante da ação de fatores ambientais (hábitos alimentares, atividade física e condições psicológicas) sobre indivíduos geneticamente predispostos a apresentar excesso de tecido adiposo” (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005, p.86). Daí que, a alta prevalência e a importância das comorbidades fazem com que a obesidade seja considerada uma das mais importantes doenças nutricionais do mundo ocidental (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Pinheiro, Freitas e Corso (2004), revelam que a obesidade é determinada por vários fatores, sendo que os mesmos atuam em conjunto na determinação clínica da doença. Portanto, o resultado do excesso ponderal seria produto da combinação entre fatores genéticos e ambientais, preconizando-se que as influências genéticas são especificamente mais importantes para determinar a distribuição da gordura corpórea, com especial influência na pré-disposição de depósito visceral de gordura.

Outros estudos (DÂMASCO, 2003; OLIVEIRA, 2018), indicam que nem todo adulto obeso foi uma criança obesa, mas uma criança com excesso de massa corporal apresenta sérios riscos de desenvolver excesso ponderal na vida adulta. Daí decorre

a preocupação com a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da obesidade ainda na infância.

Índice de massa corporal (IMC) é um índice simples de peso para a altura que é comumente usado para classificar sobrepeso e obesidade em adultos. É definido como o peso de uma pessoa em quilogramas dividido pelo quadrado da sua altura em metros (kg/m^2). Neste caso, segundo a OMS, um IMC maior do que ou igual a 25 é sobrepeso e um IMC maior do que ou igual a 30 é obesidade (WHO, 2013; ABESO, 2016).

IMC fornece a medida de nível de população mais útil de sobrepeso e obesidade, pois é o mesmo para ambos os sexos e para todas as idades de adultos. No entanto, deve ser considerado um guia porque podem não coincidir com o mesmo grau de gordura em indivíduos diferentes. Assim, é importante destacar que o IMC desconsidera idade, atividade física e relação com indicadores de composição corporal, como por exemplo, a gordura corporal (LAMOUNIER.; PARIZZI, 2007).

Os protocolos vigentes para abordagem da prevenção e do controle da obesidade são: as diretrizes brasileiras de obesidade 2009-2010, elaboradas pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO (2016), as diretrizes americanas, de elaboração conjunta NAASO/NHLBI (2000) e o relatório da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998). Mais recentemente, foram atualizadas as diretrizes europeias da obesidade pela World Gastroenterology Organisation – WGO (2011).

Quando se fala em diminuição da massa corporal, observa-se uma convergência quanto ao fato de que o balanço energético negativo tem como causa a redução na ingestão calórica. Por outro lado, quando a questão em debate são os protocolos de emagrecimento ou as medidas para promover a redução do consumo de calorias, muitas são as divergências. Nas experiências práticas, tem-se constatado que tratamento dietético necessita está aliado a um programa de mudança de comportamento, pois a mudança alimentar e aquisição de novos hábitos precisam ser mantidos por toda vida (ABESO, 2016).

Inúmeros são os protocolos de emagrecimento ou as medidas para promover a redução do consumo de calorias e, nesse sentido, existem inúmeras dietas da moda

que apesar da ausência de evidências científicas quanto a sua efetividade, vem sendo realizada em grande escala, a exemplo da “dieta rica em gordura e pobre em carboidrato”; “Dietas pobres em gordura e muito pobres em gordura (menos de 19%)”; “Dieta do índice glicêmico”; “Jejum intermitente”; entre outras. Por outro lado, também não são poucas as medidas ou planos de dietas recomendados pelos especialistas, entre as quais podemos destacar as “Dietas balanceadas”; “Dietas de muito baixas calorias”; “Substituição de refeições”; “Guia alimentar”; entre outras (ABESO, 2016).

No caso do protocolo “*Very low calorie diet*” (VLCD), conhecida como “dieta de muito baixa caloria”, define-se como aquelas dietas que provêm menos de 800 kcal diárias ou menos de 10 kcal/kg de peso desejável/dia, devendo ser aplicadas por períodos curtos (em geral, de 2 a 6 semanas). As VLCD geralmente são efetivas para pacientes que não obtiveram sucesso com outros tratamentos ou que tenham comorbidades importantes, sendo essencial que sejam seguidas sob intensa supervisão (ABESO, 2009).

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM (2005), as dietas de baixíssima caloria, a exemplo das VLCD, provocam maior perda de peso em sua fase inicial, totalizando em 9 a 26 kg no período de quatro a 20 semanas. Porém, essa dieta é útil para motivar o paciente muito obeso por induzirem uma rápida perda de peso inicialmente, sendo assim devem ser associadas à outros tratamento para que haja modificações comportamental e a perda seja mantida (SBEM, 2005).

Estudos realizados com Dietas de Muito Baixa Caloria (VLCDs), utilizando-se testes laboratoriais clínicos mostraram que uma semana desse padrão de dieta promoveu uma diminuição dos despertares noturnos, melhora na qualidade do sono e do desempenho diurno. Essa melhora observada pode apontar para uma modificação nutricional das funções cerebrais, em termos de desenvolvimento evolutivo, um melhor desempenho durante o dia nos períodos de privação alimentar poderia ser benéfico para o sucesso na busca por alimentos. Assim, as VLCDs podem ser implementadas com êxito e de forma segura na medicina e são percebidas como um método de promoção da saúde pela maioria dos pacientes (SAMPAIO, 2015).

Para Sampaio (2015), um lado muito positivo é a “euforia terapêutica”. A autora comenta que essa euforia se mostra em um sentimento de felicidade, liberdade, leveza e de bem-estar, que torna a pessoa alegre, serena e leve. Quando animais recebem apenas 50% de sua ingestão alimentar diária normal, as alterações podem ser determinadas em seu cérebro em poucos dias, o que tem sido observado também após a administração de determinadas drogas que alteram a consciência. Durante o “jejum terapêutico” há um aumento da produção e da liberação da serotonina, que se assemelha à ingestão de anfetaminas. Além disso, a recaptção da serotonina é diminuída, causando um efeito semelhante à ingestão de inibidores de sua recaptção. Ambos os efeitos levam a uma “inundação” de serotonina no cérebro. E serotonina, como sabemos, é um neurotransmissor que está intimamente relacionado ao bem-estar, felicidade (SAMPAIO, 2015).

3.5 MODELO TRANSTEÓRICO (MTT) DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

A complexidade dos aspectos que envolvem a compreensão tanto do comportamento, quanto da mudança de comportamento, tem levado diversos estudiosos (PROCHASKA; NORCROSS; DICLEMENTE 1994; PINTO, 2007; LUDWIG, 2017; OLIVEIRA, 2017) à pesquisarem e desenvolverem teorias e modelos teóricos para análise da mudança de comportamento. Assim, no campo da saúde uma única teoria ou modelo teórico também não tem se mostrado suficiente para explicar toda a complexidade dos comportamentos de saúde.

Nestes termos, significativo destacar que quando o tema é mudança de comportamento, de imediato há uma divergência de pensamentos e posicionamentos, com base nas inúmeras teorias e modelos que podem ser utilizados em pesquisas e práticas desenvolvidas em diversas áreas, a exemplo da educação em saúde. Entretanto, optou-se pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT) [*Transtheoretical Model of Change*], por se tratar de um modelo explicativo, passível de “ser utilizado em vários contextos relativos à mudança de comportamento” (LUDWIG, 2017, p.49).

Desenvolvido originalmente, na década de 1970, pelos psicólogos e pesquisadores americanos James O. Prochaska e Carlos Di Clemente (PROCHASKA; DiCLEMENTE, 1982), o MTT nasceu da busca de Prochaska pelos princípios comuns à mudança, “aliada à descoberta de DiClemente de que os princípios de mudanças não poderiam ser compreendidos sem que se especificasse em que ponto estaria o indivíduo no processo de mudança de comportamento” (DiCLEMENTE, 2017, p.23).

Tendo o processo de mudança como conceito central, o MTT diferente de outros modelos teóricos, centrados nas influências sociais ou biológicas do comportamento, tem como foco a mudança intencional (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008). Ou seja, uma mudança de um comportamento que o indivíduo não mais deseja para a sua vida, uma tomada de decisão que para ser bem-sucedida depende da aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios) (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Diversos estudos relatam que o MTT pode ser considerado um instrumento importante para auxiliar na compreensão da mudança de comportamento. Observa-se que muitos são os esforços para entender o ser humano, seus pensamentos e comportamentos e a influência destas atitudes no enfrentamento das dificuldades no processo de mudança de comportamento. No caso específico do comportamento em saúde, esse modelo é reconhecido como uma inovadora proposta em defesa da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

O MTT tem como um de seus pressupostos centrais a ideia de que os indivíduos passam por diferentes estágios de motivação durante o processo de mudança de um comportamento. Nesse sentido, na medida em que o indivíduo avança de um estágio para o outro, em direção à uma mudança bem-sucedida do seu comportamento, maiores são as condições de se aumentar “a sua *autoeficácia* para a mudança e diminuir sua *tentação* para manter o comportamento-problema” (OLIVEIRA; *et al*, 2017, p. 51).

Considerada constructo essencial para favorecer o entendimento do processo de mudança, a *autoeficácia* (AE) é reconhecida, desde sua conceituação, como um

mediador do desempenho em futuras tarefas (FREIRE, 2009). Daí que, quanto maior a percepção da autoeficácia, melhor será o desempenho do indivíduo.

O constructo da *tentação*, é conceituado como a vontade de retornar ao comportamento-problema. Esse constructo faz parte dos mecanismos de mudança e, refere-se à “tentação” (recaída) que um indivíduo sente para manter o comportamento-problema, em diferentes situações (OLIVEIRA; *et al*, 2017). Diretamente relacionado ao constructo AE, devido à sua correlação inversa, estabelece que “quanto mais tentado um indivíduo se sentem para manter o comportamento, menor será a sua autoeficácia para muda-lo” (OLIVEIRA; *et al*, 2017, p.65) e, conseqüentemente, quanto maior a autoeficácia, menor será a tentação.

Ludwing (2017) afirma que o MTT, enquanto quadro teórico e interventivo desenvolvido a partir de várias teorias psicológicas e suas explicações, com a finalidade de entender como funciona a motivação humana, estabelece quatro dimensões centrais: estágios de mudança, processos de mudanças, marcadores de mudanças e contexto de mudanças.

Para a autora (2017), **os estágios de mudança** referem-se ao principal constructo do MTT, representando uma dimensão temporal que permite entender o quão pronto o indivíduo está ou não para mudar e, quando uma mudança de comportamento ocorre. **Os processos de mudança** permitem entender como a mudança ocorreu e, diz respeito à tudo que o indivíduo sente, pensa e faz enquanto avança nos estágios de mudança. **Os marcadores de mudança** incorporam conceitos de *autoeficácia*, da Teoria Social Cognitiva (TCG) desenvolvida por Bandura (1977) e da balança decisacional, desenvolvida por Janis e Mann (1997). Já o **contexto de mudança** refere-se ao contexto de vida do indivíduo, “uma vez que modificar um hábito traz implicações em diversas áreas” (LUDWING, 2017, p.38). Esse contexto inclui outras variáveis independentes que podem ser conceituadas de forma ampla, envolvendo o ambiente interno (personalidade, habilidades cognitivas, recurso monetário disponível e história de eventos pessoais) e o ambiente externo (intervenção no problema, mudança no ambiente que afetam o comportamento e nas relações interpessoais).

Segundo o MTT, as etapas da mudança de um comportamento-problema, podem ser descritas a partir dos cinco estágios de mudanças pelos quais um indivíduo passa quando tem a necessidade de mudar: **pré-contemplação; contemplação; preparação; ação e manutenção**. Esses estágios foram definidos a partir dos estudos de Prochaska e DiClemente (1982), sendo caracterizado por padrões de comportamentos distintos que ocorrem sequencialmente ao longo do processo de mudança. Nesse sentido e, tomando como referência os estudos (PROCHASKA; DiCLEMENTE, 1982; LUDWING, 2017 e KUCHAR, 2012), detalhamos a seguir cada um dos estágios de mudança do comportamento:

PRÉ-CONTEMPLAÇÃO: É o primeiro estágio da mudança de comportamento, caracterizado por ser o momento em que o indivíduo não tem intenção de mudar seu comportamento em um futuro próximo. Neste estágio, o indivíduo “não consegue enxergar o próprio problema” (PROCHASKA; NORCROSS, 2010), conseqüentemente não percebe a necessidade ou importância da mudança em sua vida. É possível até que haja uma demonstração de mudança, porém essa só acontece enquanto estiver sob pressão, mas quando a pressão acaba, rapidamente retorna o comportamento-problema. Um grande entrave concentra-se no fato de que para passar ao próximo estágio é preciso reconhecer o comportamento-problema, tomar consciência dos aspectos negativos e avaliar sua capacidade de autoregulação.

CONTEMPLAÇÃO: Segundo estágio da mudança de comportamento, em que o indivíduo começa a admitir que existe um comportamento-problema e reconhece que há uma questão a ser enfrentada. Neste estágio, a regra é “quando há dúvida, não há ação”, o indivíduo está mais consciente dos aspectos favoráveis e contrários à mudança de comportamento, entretanto ainda não tomou nenhuma iniciativa para mudar (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008).

PERCEPÇÃO: Terceiro estágio da mudança de comportamento, também denominado de “determinação”, é quando se observa um comprometimento do indivíduo com a mudança. Neste estágio, originalmente definido como a “tomada de decisão” (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1992), o indivíduo demonstra intenção de realizar mudanças em um futuro próximo, havendo maior preparação para estabelecimento de metas e prioridades. Também é possível observar, algumas

vezes, a existência de um plano de ação e implementação de pequenas mudanças no comportamento-problema, que em geral, não chegam a ser duradouras.

AÇÃO: Quarto estágio da mudança de comportamento, refere-se ao processo de colocar em prática novos comportamentos e atitudes, demonstrando que o indivíduo já é capaz de tomar decisões e realizar mudanças. É o estágio em que as mudanças tendem a ser mais visíveis e, como consequência o indivíduo recebe maior reconhecimento externo. Por ser um momento de mudanças evidentes, os esforços para manter tais mudanças no comportamento-problema também são mais significativos, sendo essencial o apoio de familiares e amigos. Kuchar (2012, p. 51), afirma que os indivíduos neste estágio são mais exigidos no sentido de “habilidades para usar os processos de mudança de contracondicionamento, controle de estímulos e gerenciamento de recompensas e reforços, para interromper os padrões habituais de comportamento e adotar padrões mais produtivos”.

MANUTENÇÃO: Reconhecido como o quinto estágio da mudança de comportamento, ocorre quando, ativamente, o indivíduo se esforça ao longo do tempo para prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante os estágios anterior (estágio da ação). Neste estágio é importante reconhecer que a manutenção não é um estágio estático ou ausência de mudança, mas uma continuação que pode durar por toda a vida.

Alguns autores (KUCCHAR, 2012; MILLER; ROLLNICK, 2001) apresentam mais dois estágios que seriam o **término** e a **recaída**. O primeiro seria reconhecido como o estágio em que os indivíduos não sentem nenhum desejo de retornar ao comportamento-problema, vivendo como se nunca estivessem enfrentando essa situação (KUCCHAR, 2012). O segundo, reconhece que se a mudança for, inicialmente, sem sucesso, a tarefa do indivíduo seria voltar a circular pelos demais estágios. Nos estágios de mudança de comportamento, o progresso não costuma acontecer de forma linear, então a recaída pode ser considerada normal e prevista quando se busca uma mudança de comportamento por um longo prazo (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Prochaska, Redding e Evers (2008), comentam que apesar do Modelo Transteórico (MTT) ter sido aplicado em quase cinquenta comportamentos e populações em diversos países, é possível identificar algumas limitações. Neste caso,

pode-se dizer que o MTT não se aplica com boas perspectivas em crianças, adolescentes e jovens. A partir de um estudo populacional baseado no MTT observou que o mesmo não produziu efeito de prevenção primária ao abuso de substâncias, uma vez que os indivíduos não saíram do estágio da “pré-contemplação”, considerado primeiro estágio de mudança de comportamento.

Devido à complexidade dos comportamentos dos indivíduos, é importante determinar quais situações exige uma adaptação do MTT para possibilitar intervenções baseadas nas necessidades de cada indivíduo em cada estágio de mudança, para assim poder garantir uma aplicação com segurança.

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Fundamentado no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), as estratégias metodológicas, enquanto procedimentos para compreender a realidade e responder aos objetivos da investigação, incluíram concepções teóricas, conjunto de técnicas e potencial criativo do pesquisador, a partir de um olhar crítico, capaz de promover o entendimento sobre o fenômeno (MINAYO, 2013).

Nesse sentido, quanto ao tipo de pesquisa, considera-se um estudo de métodos mistos, no qual o pesquisador coleta e analisa de modo persuasivo e rigoroso tanto os dados qualitativos quanto os quantitativos, ou seja, mistura as duas formas de dados concomitantemente (CRESWELL; CLARK, 2013). Desta forma, mesmo considerando a autonomia das abordagens, acredita-se que tal combinação garante maior confiança na descrição, explicação e compreensão do fenômeno em estudo.

A utilização do método misto, tendo como integração a compatibilidade e complementariedade, justifica-se pela necessidade de combinação da abordagem quantitativa e qualitativa, com vistas a uma melhor compreensão dos impactos da educação em saúde na prevenção e controle do excesso ponderal na vida de indivíduos submetidos à um protocolo de emagrecimento.

Para além deste aspecto, o estudo caracteriza-se como exploratório e descritivo. O estudo exploratório, com o objetivo de proporcionar melhor compreensão e maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, envolve entrevistas com pessoas que possuam vivência em relação ao fenômeno (GIL, 2017). Já o descritivo tem por objetivo primordial descrever as características de determinada população ou fenômeno.

Apesar da natureza da pesquisa qualitativa ser diferente da quantitativa, não há contradições entre as abordagens, de tal modo que entre elas é possível a existência de uma complementariedade, em que um estudo quantitativo possa produzir questões para serem aprofundados qualitativamente e, vice-versa (GOMES, 2014).

No que se refere a abordagem qualitativa, a escolha se justifica pelo fato de que o estudo é dirigido à análise de atitudes, motivações e expectativas de indivíduos submetidos ao protocolo de emagrecimento, ou seja, situações complexas que exigem a incorporação do significado e da intencionalidade, inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2013).

Entende-se que, “o verbo principal da análise qualitativa é compreender” os processos dinâmicos e os comportamentos vivenciados pelos indivíduos (MINAYO, 2013, p.623). Sendo assim, além do exercício da empatia, enquanto capacidade de se colocar no lugar do outro, também é importante levar em consideração a subjetividade enquanto manifestação total do viver, as experiências e vivências do indivíduo e, a certeza de que toda compreensão é parcial e inacabada, pois somos limitados no que compreendemos e interpretamos.

Quanto a abordagem quantitativa, objetivou-se identificar as características da população por meio de método estatístico que possibilitou a descrição dos dados e o estabelecimento de relação entre as variáveis, contribuindo para a identificação e interpretação das informações relacionadas ao fenômeno em estudo (BARDIN, 2016; GIL, 2017).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Cenário da pesquisa é “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2013, p. 105). Nesse sentido, o estudo foi realizado no município de Jequié, localizado no interior do estado da Bahia, às margens da BR116, há 365 km de Salvador (capital do Estado). Com uma área total de 2.969.034km², Jequié apresenta uma população estimada (2019) de 155.966 habitantes e, ocupa a 9ª posição de 417 do Estado, sendo apontado como um dos mais populosos da Bahia (IBGE, 2019).

O lócus da pesquisa foi a Clínica VS MEDICINA, uma instituição de natureza privada, que atende à medicina estética, dermatologia e nutrologia, com ênfase na gestão em qualidade de vida.

Na área da nutrologia, promove entre outras atividades, o programa de emagrecimento para pessoas com excesso ponderal. Neste programa, o cuidado à saúde é ofertado aos participantes por meio de um conjunto de atividades e orientações voltados para a redução e controle do excesso ponderal, a exemplo de áudios informativos diários; planejamento alimentar; orientações nutricionais; grupo terapêutico; consultas clínicas; escuta e grupo terapêutico; entre outras.

Destaca-se, então, o acompanhamento clínico, laboratorial, nutricional e psicológico, na busca pela ampliação dos conhecimentos que contribuam para uma melhor qualidade de vida e autocuidado na gestão da saúde. Sobre tais aspectos, os participantes do programa de emagrecimento oferecido pela referida clínica, são orientados quanto a importância de comer pouca quantidade e maior qualidade, baseado na quantidade calórica sugerida pela taxa metabólica; variar as fontes e o fracionamento dos alimentos, favorecendo uma boa nutrição e desinflamação; reduzir a ingestão de sal, açúcar, gorduras saturadas, aditivos, adoçantes e conservantes; cuidar do intestino, através de uma mastigação adequada e microbiota equilibrada; manter sono regenerador; realizar exercícios físicos regulares com uma modalidade que equilibre a composição corporal; promover gestão emocional por meio do acompanhamento terapêutico que contribuam para o equilíbrio emocional, aceitação e autoconhecimento; dentro outros.

O plano alimentar dos participantes do protocolo foi elaborado pela clínica, de forma individualizada e, levando em consideração a idade, sexo, estado nutricional e sintomas referidos. Dessa forma, cada participante teve priorizado uma dieta diária que contribuísse para o bom funcionamento do organismo e para a perda do peso corpóreo.

As orientações nutricionais seguiram os mesmos critérios de individualização para cada participante do protocolo e, sendo constituída por recomendações do tipo fazer 5 à 6 refeições ao dia; evitar longos períodos em jejum; fazer refeições a cada 3h; nunca substituir refeições por lanches; manter hábitos alimentares adequados evitando o consumo de produtos industrializados; mastigar bem os alimentos com a finalidade de auxiliar o processo de digestão e absorção de nutrientes; evitar consumo de líquidos junto as refeições; consumir água em quantidade adequada a fim de

manter a hidratação do organismo; praticar atividades físicas regularmente, entre outras orientações.

Na primeira reunião a médica idealizadora e promotora do protocolo, explicou as regras e condutas para participação efetiva no protocolo e, em seguida, comentou sobre a realização da pesquisa “estratégias educativas para o enfrentamento do excesso ponderal” e a importância de todos em contribuírem com o estudo.

No primeiro encontro do grupo, todos receberam um “Contrato Terapêutico de Acompanhamento Grupal”, elaborado em duas vias, ficando uma com o participante e uma anexada ao prontuário clínico. Nesse contrato, constam as informações sobre normas, rotinas e duração do grupo, questões sobre sigilo, honorários (que não terá custo monetário, apenas emocional), entre outros. Também foi entregue, um “Diário Terapêutico”, no qual os(as) participantes iriam relatar suas experiências, emoções e sentimentos, como suas facilidades e dificuldades em realizar o protocolo, com a finalidade de anexar o material ao prontuário clínico

Importante destacar que os instrumentos foram construídos e entregues no primeiro encontro, apenas para os participantes do protocolo que, voluntariamente, aceitaram a inclusão dos instrumentos no prontuário clínico.

Objetivando utilizar o prontuário clínico como fonte secundária de coleta de dados da pesquisa, foi solicitado aos participantes que assinassem um termo de consentimento disponibilizado pela médica responsável, para garantir nosso acesso aos prontuários.

QUADRO 02: Composição corporal dos informantes da pesquisa que participaram do protocolo de emagrecimento. Jequié-BA, 2020.

INF.	COMPOSIÇÃO CORPORAL (Início do Programa: Abril 2016)					COMPOSIÇÃO CORPORAL (Final do Programa: Junho 2016)				
	PESO	MM	MG	ACT	MLG	PESO	MM	MG	ACT	MLG
Inf. 01	61,8	21,3	22,7	28,8	39,1	64,5	22,5	23,6	30,1	40,9
Inf. 02	59,7	19,4	23,8	26,2	35,9	56,5	19,5	20,3	26,4	36,2
Inf. 03	64,9	26,0	17,8	---	---	63,7	24,8	18,5	---	---
Inf. 04	98,2	26,2	50,5	35,0	47,7	91,9	25,5	45,5	34,1	46,4
Inf. 05	66,4	24,4	22,3	32,4	44,1	58,6	25,0	13,4	33,2	45,2
Inf. 06	123,9	40,6	52,9	52,0	71,0	112,2	39,4	42,9	50,9	69,3
Inf. 07	51,5	17,8	18,0	24,5	33,5	51,4	17,7	18,1	24,4	33,3
Inf. 08	65,2	23,4	22,4	31,3	42,8	61,8	21,8	21,7	29,4	40,1
Inf. 09	91,3	33,5	32,1	43,3	59,2	76,5	30,1	22,6	39,5	53,9
Inf. 10	74,9	20,6	36,5	28,2	38,4	70,6	21,6	30,6	29,3	40,0
Inf. 11	114,1	38,4	46,8	49,6	64,3	103	38,7	35,8	49,5	67,2
Inf. 12	66,2	22,6	25,0	30,2	41,2	62,0	22,6	20,8	30,3	41,2
Inf. 13	78,4	22,6	37,0	30,3	41,4	76,4	23,2	34,1	31,0	42,3
Inf. 14	63,9	20,0	26,6	27,4	37,3	60,3	19,5	24,0	26,7	36,3
Inf. 15	91,8	24,9	46,3	33,3	45,5	82,8	24,1	38,6	32,4	44,2
Inf. 16	57,3	21,2	17,9	28,9	39,4	56,4	20,8	17,7	28,4	38,7
Inf. 17	81,2	25,2	35,5	33,5	45,7	76,7	26,1	29,5	34,6	47,2
Inf. 18	117,3	31,1	62,1	40,8	55,2	99,3	26,7	51,3	35,3	48,0
Inf. 19	62,9	21,1	24,2	28,3	38,7	60,5	22,1	20,3	29,4	40,2
Média	78,47	25,28	32,65	31,79	43,18	72,90	24,83	27,86	31,31	42,66

Fonte: Dados coletados no prontuário clínico.

LEGENDA: PESO; MM = Massa Muscular Esquelética; MG = Massa de Gordura; ACT = Água Corporal Total; MLG = Massa Livre de Gordura.

QUADRO 03: Diagnóstico de obesidade dos informantes do protocolo de emagrecimento. Jequié-BA, 2020.

INF.	DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE (Início do Programa: Abril 2016)				DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE (Final do Programa: Junho 2016)			
	IMC	PGC	RCQ	TMB	IMC	PGC	RCQ	TMB
Inf. 01	25,4	36,7	0,93	1215	26,5	36,6	0,96	1253
Inf. 02	24,2	39,8	0,93	1146	22,9	36,0	0,91	1151
Inf. 03	22,7	27,5	0,87	1387	22,3	29,00	0,88	1347
Inf. 04	37,0	51,5	1,14	1400	34,6	49,5	1,03	1373
Inf. 05	26,6	33,6	0,91	1323	23,5	22,9	0,84	1346
Inf. 06	39,1	42,7	1,11	1903	35,4	38,2	1,13	1867
Inf. 07	22,9	35,0	0,88	1093	22,8	35,2	0,87	1089
Inf. 08	24,2	34,3	0,91	1296	23,0	35,0	0,90	1237
Inf. 09	30,2	35,2	1,06	1648	25,3	29,5	0,95	1535
Inf. 10	30,0	48,7	1,03	1200	28,3	43,3	1,00	1234
Inf. 11	39,0	41,0	1,08	1824	35,2	34,8	1,06	1821
Inf. 12	27,2	37,8	0,93	1259	25,5	33,6	0,90	1260
Inf. 13	30,6	47,2	1,00	1265	29,8	44,7	1,01	1283
Inf. 14	25,3	41,7	0,92	1175	23,9	39,7	0,91	1155
Inf. 15	34,1	50,5	1,01	1352	30,8	46,6	0,99	1325
Inf. 16	22,4	31,3	0,85	1220	22,0	31,5	0,84	1205
Inf. 17	30,6	43,7	0,99	1358	28,9	38,5	0,94	1389
Inf. 18	47,0	52,9	1,13	1563	39,8	51,7	1,04	1407
Inf. 19	24,6	38,5	0,97	1205	23,6	33,6	0,96	1238

Fonte: Dados coletados no prontuário clínico.

LEGENDA: IMC = Índice de Massa Corpórea (Kg/m^2); PGC = Percentagem de Gordura Corporal (%); RCQ = Relação Cintura-Quadril; TMB = Taxa Metabólica Basal (Kcal).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O protocolo de emagrecimento promovido pela clínica contou com a participação de 30 indivíduos. Destes, 19 compuseram o número de informantes do estudo. O procedimento inicial para a seleção dos informantes ocorreu durante o primeiro encontro do protocolo, onde estavam presentes todos os indivíduos que iriam participar do protocolo e concordaram em participar da pesquisa.

Na oportunidade, após apresentação dos objetivos e esclarecimento das dúvidas, todos foram devidamente orientados quanto a participação voluntária e sem custos, bem como o preenchimento da ficha de anamnese, incluída no prontuário clínico, com vistas a extrair de forma particularizada as demandas e comprometimento emocional frente ao excesso ponderal.

Assim, após a conclusão do protocolo de emagrecimento e, estando em condições de realizar as entrevistas gravadas, foi mantido contato de forma individual com cada participante do protocolo para agendar a entrevista de acordo com a conveniência de cada participante. Dessa forma, em um espaço de privacidade e, com a finalidade de garantir o consentimento, solicitamos que fosse assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ter mais de 18 anos; ter participado do protocolo de emagrecimento, em todas as etapas; aceitar realizar entrevista gravada. Os critérios de exclusão foram: participantes elegíveis para a pesquisa, mas que não realizaram as avaliações da bioimpedância antes e após o protocolo e os que não se disponibilizaram a colaborar com o estudo.

Com vistas a garantir o anonimato os participantes foram identificados, adotando as iniciais “Inf” de Informante, seguida de um algarismo numérico (Ex.: Inf.01, Inf.02 ... Inf.19), conforme apresentado no quadro 01.

QUADRO 01: Características sociodemográficas dos informantes da pesquisa que participaram do protocolo de emagrecimento. Jequié-BA, 2020.

INFORMANTE	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	MAIOR PESO (em Kg)	PESO AO FINAL DO PROGRAMA (em Kg)	ATIVIDADE FÍSICA REGULAR
Inf. 01	43	F	Solteira	Superior	69,0	64,5	Sim
Inf. 02	34	F	Casada	Superior	66,8	56,5	Sim
Inf. 03	43	F	Solteira	Superior	65,0	63,7	Sim
Inf. 04	45	F	Casada	Superior	106,0	91,9	Não
Inf. 05	44	F	Casada	Superior	68,0	58,6	Sim
Inf. 06	52	M	Solteiro	Superior	128,0	112,2	Não
Inf. 07	64	F	Casada	Sup. Incompleto	55,0	51,4	Não
Inf. 08	44	F	Separada	Superior	68,0	61,8	Sim
Inf. 09	43	M	Casado	Superior	96,0	76,5	Não
Inf. 10	56	F	Casada	Superior	78,0	70,6	Não
Inf. 11	45	M	Casado	Superior	123,0	103	Não
Inf. 12	66	F	Casada	Superior	74,0	62,0	Sim
Inf. 13	54	F	Casada	Superior	85,0	76,4	Sim
Inf. 14	47	F	Casada	Superior	70,0	60,3	Sim
Inf. 15	50	F	Solteira	Superior	96,0	82,8	Sim
Inf. 16	48	F	Casada	Superior	69,0	56,4	Sim
Inf. 17	62	F	Separada	Superior	150,0	76,7	Sim
Inf. 18	42	F	Casada	Superior	123,0	99,3	Não
Inf. 19	36	F	Casada	Superior	70,0	60,5	Sim

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Os informantes da pesquisa, em sua maioria, 16 (84,21%) são do sexo feminino e 03 (15,79%) do sexo masculino; a média de idade para o grupo é de 48,3 anos; 13 (68,42%) são casadas e 18 (94,74%) tem escolaridade com nível superior completo. Quanto a prática de atividade física regular, 12 (63,16%) dos participantes tem esse hábito, contrapondo-se à 7 (36,84%) que não praticam e se assumem sedentários.

Destaca-se o fato de que ao considerar a prática de atividade física por sexo, 3 (100%) dos homens não são praticantes regulares.

4.4 TÉCNICA/INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para coleta e produção dos dados, é indispensável que o pesquisador busque as principais informações sobre o fenômeno, nas mais variadas fontes de evidências. Neste estudo, foram utilizados tanto fontes primárias (Questionário e Entrevista), quanto fonte secundária (prontuário clínico). A escolha das fontes primárias deve-se ao fato de que elas “privilegiam a compreensão do sistema, sua organização e seu funcionamento, as ideais que as pessoas têm a seu respeito, incluindo-se a busca de entendimento e explicações para os ‘desvios’ funcionais” (MINAYO, 2013, p.156). Já a fonte secundária, deve-se ao fato de privilegiar combinações com outras técnicas para complementação das informações obtidas.

Desse modo, em seu sentido amplo de comunicação verbal (MINAYO, 2013) utilizou-se como técnica privilegiada de interação social, a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro de entrevista previamente elaborado para fornecer dados primários e secundários, possibilita uma maior aproximação com os sujeitos do estudo (informantes) e garantir informações sobre o fenômeno, que interessa ao estudo.

A entrevista foi realizada no período de setembro à dezembro de 2019, apoiada por dois instrumentos. O primeiro foi o Questionário URICA (*University Rhode Island Change Assessment*) – HÁBITOS ALIMENTARES (**APÊNDICE A**), adaptado e validado por Bittencourt, Lucena-Santos e Oliveira (2013). Já o segundo foi o roteiro de entrevista (**APÊNDICE B**) previamente elaborado para possibilitar a liberdade de criar novas perguntas e garantir a obtenção de informações detalhadas no intuito de realizar uma análise mais completa do fenômeno.

Durante as entrevistas foi utilizado um minigravador digital panasonic RR-US511, que possibilitou não só a descrição dos fenômenos, mas a fidedignidade das respostas fornecidas pelos participantes do protocolo. Desse modo, o procedimento da coleta aconteceu da seguinte maneira: (1) durante a realização do protocolo, foi

feito o primeiro contato com os participantes; (2) o responsável pela Clínica disponibilizou a relação de todos os participantes do protocolo; (3) contato com o participante para resgatar o estabelecimento da confiança, agendando em conformidade com a disponibilidade do entrevistado e, sempre que possível com antecedência mínima de oito dias, o local e horário da entrevista; (4) no dia e horário da entrevista, antes do seu início, orientamos quanto aos aspectos éticos da pesquisa e solicitamos que fosse assinado o TCLE; (5) coleta dos dados iniciada com a aplicação do questionário URICA e, concluída com a entrevista gravada através do gravador digital e do gravador de voz do celular Samsung Galaxy J7 Prime; (6) transcrição na íntegra das produções.

Quanto a fonte secundária, para complementar as informações obtidas nas entrevistas, utilizou-se o prontuário clínico do participante do programa de emagrecimento. No referido prontuário, foram extraídos dados do analisador de composição corporal – Bioimpedância InBody que subsidiou a avaliação antropométrica do estado nutricional. Os dados clínicos laboratoriais para auxiliar na avaliação do perfil lipídico foram extraídos das seguintes variáveis: Colesterol Total (CT), Fração de Colesterol das Lipoproteínas de Alta Densidade (HDLc), Fração de Colesterol das Lipoproteínas de Baixa Densidade (LDLc), Lipoproteínas de Densidade Muito Baixa (VLDL) e Triglicérides (TG).

Aqui, há um entendimento de que os dados do prontuário são de propriedade única e exclusiva do próprio paciente que forneceu as informações. Desse modo, o uso e acesso aos prontuários aconteceu em obediência às normas da Instituição em que foi realizada a coleta, bem como ao cumprimento de todas as disposições éticas e legais do ordenamento jurídico que protegem os indivíduos participantes de pesquisas científicas.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir da técnica de Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2016), objetivando descrever e interpretar o conteúdo

obtido nas entrevistas, de modo a permitir a construção de inferências e resultados com elevado nível de efetividade.

Conforme proposto por Bardin (2016), as etapas básicas no trabalho da análise de conteúdo estão estruturadas a partir de “três pólos cronológicos”: pré-análise; a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

PRÉ-ANÁLISE: etapa em que o material foi analisado e organizado. Inicialmente procede-se à transcrição das entrevistas gravadas possibilitando a leitura preliminar do material e, em seguida, realizou-se o recorte nos fragmentos de texto das unidades de análise, efetuando o tratamento gramatical, com o objetivo de realizar um refinamento literário, sem, contudo, modificar o teor das falas dos entrevistados.

Ainda como parte do processo e análise, procuramos neste pólo fazer uma leitura flutuante das entrevistas na tentativa de construir o *corpus* que venha a responder as normas de validade: exaustividade no sentido de contemplar todos os aspectos do roteiro de entrevista; representatividade do universo; a homogeneidade, no sentido de obedecer aos critérios de escolha em relação ao temas, às técnicas e aos interlocutores e por fim; a pertinência dos documentos que forem analisados e sua adequação aos objetivos do trabalho (BARDIN, 2016).

EXPLORAÇÃO DO MATERIAL: com a realização da codificação dos dados foi possível estabelecer o recorte do sentido do texto em unidades de registros (por palavras e/ou frases) que conferiu significado às dimensões analíticas do estudo.

TRATAMENTO DOS RESULTADOS, A INFERÊNCIA E A INTERPRETAÇÃO: etapa em que foi realizado o tratamento e a interpretação, com base nas informações fornecidas pela análise e à luz do referencial teórico-metodológico.

No aspecto quantitativo, os dados oriundos dos formulários de avaliação foram armazenados e organizados em planilhas do Programa *Microsoft Excel*, ano 2010 e, posteriormente, tabulados e analisados no programa estatístico software Stata (Versão 12.0). As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência relativa e absoluta, enquanto as contínuas em mediana e intervalo interquartil (IQ), dada a não normalidade dos dados.

Para atestar a efetividade do programa o teste de Wilcoxon foi utilizada para comparar as variáveis antes e após a intervenção, sendo o nível de significância de 5% para a totalidade das análises.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Como previsto na legislação internacional e nacional que tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, atendemos todas às recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as “*Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*” (BRASIL, 2012). Desse modo, respeitando os procedimentos éticos, os dados serão arquivados pela pesquisadora responsável por cinco anos. Além disso, o sigilo e anonimato dos participantes está garantido, assim como o consentimento dos mesmos para coleta, análise e ampla divulgação dos resultados do estudo em publicações e eventos científicos.

Após a obtenção da declaração de autorização da Clínica VS MEDICINA (ANEXO A) e, a fim de atender aos aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sendo registrado com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 93617318.9.0000.0055, e após análise, considerado aprovado sob o Parecer nº 2.852.159 (ANEXO B).

Cumprido todo o processo ético que respalda a pesquisa científica, a coleta de dados só teve início após aprovação do projeto pelo CEP, momento em que foi encaminhado, à Clínica, uma Carta de Apresentação com cópia do parecer consubstanciado. Após autorização, realizou-se os contatos com os participantes do protocolo de emagrecimento, para os que aceitaram voluntariamente participar do estudo, terem acesso ao TCLE (**APÊNDICE C**) que após sua leitura foi assinado por todos os informantes.

5 RESULTADOS

Conforme estabelecido nas normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGENF/UESB), os resultados desse estudo serão apresentados em forma de três manuscritos científicos que visam contemplar os objetivos propostos. Nesse sentido, os manuscritos foram elaborados de acordo com as instruções para autores dos periódicos selecionados para a submissão, sendo eles:

MANUSCRITO 01: *Estratégias educativas como ferramenta para prevenção e controle do excesso ponderal.* Elaborado conforme as instruções para autores do periódico ***Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)***. Acesso em fevereiro de 2020.

MANUSCRITO 02: *Percepções de indivíduos participantes de um protocolo de emagrecimento sobre as dificuldades e os benefícios do controle do excesso ponderal.* Elaborado conforme as instruções para autores do periódico ***Physis: Revista de Saúde Coletiva***. Acesso em fevereiro de 2020.

MANUSCRITO 03: *Avaliação dos níveis lipídicos, antropométricos e mudança de comportamento de indivíduos submetidos ao protocolo de emagrecimento.* Elaborado conforme as instruções para autores do periódico ***A Revista Pan-Americana de Saúde Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH)***. Acesso em fevereiro de 2020.

MANUSCRITO 01: *Estratégias educativas como ferramenta para prevenção e controle do excesso ponderal.* Elaborado conforme as instruções para autores do periódico ***Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)***. Acesso em Fev. 2020.

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO EXCESSO PONDERAL

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães; Ana Cristina Santos Duarte

Resumo: O excesso ponderal (sobrepeso e obesidade) é uma condição complexa, de difícil entendimento devido às suas múltiplas determinações, estando entre os maiores problemas de saúde pública no mundo. O estudo objetivou identificar as estratégias educativas utilizadas como ferramenta no enfrentamento do excesso ponderal e conhecer os limites e potencialidades das estratégias educativas utilizadas pelos participantes de um protocolo de emagrecimento. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com dezenove indivíduos, participantes de um protocolo de emagrecimento. Os dados foram coletados por entrevistas, entre os meses de setembro a dezembro de 2019 e, submetidos a Análise de Conteúdo Temática. Da categorização do material empírico, emergiram dois eixos temáticos de análise: 1) Estratégias educativas no enfrentamento do excesso ponderal; 2) Limites e potencialidades das estratégias educativas para o enfrentamento do excesso ponderal. Os resultados apontaram reeducação alimentar, prática de atividade física regular, apoio das tecnologias de comunicação e do grupo terapêutico, como importantes estratégias educativas no combate ao excesso ponderal. Sobre os limites, a maioria dos entrevistados revelou sentimento de abandono ao final do programa, contribuindo para o retorno dos hábitos não saudáveis e sedentarismo. Por outro lado, foram identificadas potencialidades que reforçaram a mudança de comportamento e a construção de autonomia dos participantes que assumiram um papel de responsabilidade e compromisso com a gestão da saúde. Conclui que as estratégias educativas são ferramentas que podem ser utilizadas como medidas precípuas para a mudança do comportamento. Assim, faz-se urgente investir em modelos educativos que estimulem a emancipação dos indivíduos e o fortalecimento da gestão pela qualidade de vida.

Palavras-chave: Excesso ponderal; Estratégias educativas; Prevenção.

INTRODUÇÃO

O excesso ponderal (condições de sobrepeso ou de obesidade) por estar associado à tantas comorbidades e afetar a qualidade de vida dos indivíduos, é apontado como um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo, representado um ônus para a sociedade e para o sistema público de saúde. Cabe ressaltar que, tradicionalmente, o sobrepeso é o peso acima de uma normal referência, enquanto a obesidade é um excesso de gordura corporal¹.

No que se refere ao excesso ponderal, evidentemente não se trata, aqui, de apenas unir o sobrepeso e a obesidade em uma única dimensão, até porque existem diferenças significativas a serem consideradas. Trata-se de utilizar a terminologia excesso ponderal, por entender que devido aos efeitos adversos à saúde, recomenda-se a perda de peso tanto para indivíduos com sobrepeso, quanto para com obesidade². Para além deste aspecto, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) convencionou que indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou acima de 25kg/m² estariam com excesso ponderal, sendo IMC de 25 a 29,9kg/m² condição de sobrepeso e o IMC maior ou igual a 30kg/m², condição de obesidade³.

De natureza complexa e multifatorial, o excesso ponderal tem sido conceituado como uma condição crônica que se comporta simultaneamente como uma doença e como um fator de risco para outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Desse modo, diante de um objeto multifacetado que envolve na sua patogênese fatores genéticos, ambientais, nutricionais, socioeconômicos e comportamentais^{4,5} é frequente sua associação a doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e hiperlipidemias), diabetes mellitus tipo 2, osteoartrites, câncer de cólon, reto e de mama, entre outros^{6,1}.

Revisitando a literatura sobre a etiologia do excesso ponderal, observa-se que Dâmaso et al.⁷ descrevem os fatores exógenos (comportamental, ambiental e dietético) como mais relevantes, em sua incidência, do que fatores endógenos (genéticos, neuropsicológicos, endócrinos e metabólicos). De modo semelhante, outro estudo⁸ apesar de apontar o excesso ponderal, fundamentalmente, como doença genética, defende que essa base genética não diminui a importância dos fatores ambientais e do estilo de vida, afinal até os grupos com a mesma base genética apresentam ganho de peso diferenciado.

Estudos^{5,9} que tratam das tendências mundiais sobre a prevalência do excesso ponderal, revelam que nos últimos quarenta anos houve um aumento de 105 milhões (em 1975) para 641 milhões (em 2014) no número de obesos, sendo que um em cada dez homens e uma em cada sete mulheres foram consideradas com IMC acima de 30kg/m². Cabe ainda indicar que em

2016, mais de 1,9 bilhão de pessoas acima de 18 anos estavam com excesso ponderal, sendo que mais de 650 milhões eram obesos⁶.

Na revisão da produção científica referente ao excesso ponderal, os resultados apontam que, nos últimos anos, houve uma tendência do aumento da prevalência do excesso ponderal em adultos no Brasil, revelando que nas diferentes idades, sexos e classes sociais, o que mais chama atenção é o número de pessoas com excesso ponderal, que atualmente, acomete um em cada dois adultos e uma em cada três crianças^{10,6}.

As causas que justificam o aumento da epidemia são complexas e incluem desde mudanças do “ambiente obesogênico”, relacionadas a alta densidade populacional, o trânsito intenso, os meios de transportes passivos e consumo de alimentos processados, até mudanças comportamentais relacionadas ao estresse, hábitos inadequados do estilo de vida e redução das práticas de atividade física^{11,12}.

Como mostra a literatura, diversos pesquisadores^{13,14,15,11,16,17,18,19,20,21,22} realizaram estudos transversais, estabelecendo como variável dependente o excesso ponderal e como variável independente os fatores associados, tais como: condições socioeconômicas, demográficas, comportamentais, informações de saúde (alimentação e nutrição).

A alta prevalência de excesso de peso, sendo a idade um importante fator associado ao excesso ponderal, foi observada no estudo de Santos et al.²³. Os achados deste estudo demonstraram que a manutenção do peso adequado deve ser entendida como prioridade e que as ações educativas pautadas na visão holística e interdisciplinares, direcionadas à promoção da saúde e às práticas alimentares saudáveis, nesse grupo, são essenciais²³.

Pode-se dizer, portanto, que a elevada prevalência do excesso ponderal se constitui como um grave problema de saúde que precisa ser enfrentado por toda a sociedade. Entretanto, apesar do crescimento no número de investigações sobre o fenômeno, não foram encontrados estudos que revelem possíveis contribuições sobre as estratégias educativas para o enfrentamento, capazes de transpor o ciclo do excesso ponderal, reverter os danos à saúde e, romper com os prejuízos gerados aos indivíduos.

Não por acaso que, nos aspectos referentes aos processos de mudanças de comportamento, existem alguns fenômenos, a exemplo do excesso ponderal, em que há uma contínua e implacável luta para controlar o peso, uma vez que o maior desafio não é a perda do peso, mas sim sua manutenção. Neste caso, devido às “tentações” e recaídas, o indivíduo necessita estimular o autoconhecimento e acessar conteúdos secretos, da mudança e do controle do comportamento que invariavelmente será para uma vida inteira.

Diante deste cenário, pode-se admitir que se faz necessário mais investigações sobre as estratégias educativas para o enfrentamento do excesso ponderal. Frente a amplitude do tema, se instala o desafio de fazer escolhas teórico-conceitual-metodológicas capazes de contribuir para a compreensão do fenômeno e o processo de transformação das práticas. E, dentro deste contexto, lançar algumas pistas que conduzam as modificações comportamentais possíveis de serem incorporadas a partir das estratégias educativas voltadas para a redução e controle do excesso ponderal.

Diante do todo exposto, o presente estudo tem como objetivos, identificar as estratégias educativas utilizadas no enfrentamento do excesso ponderal e conhecer os limites e potencialidades das estratégias educativas utilizadas pelos participantes de um protocolo de emagrecimento.

MÉTODOS

Adotou-se como estratégia de pesquisa o estudo qualitativo, descritivo e exploratório, numa tentativa de compreender fenômenos, processos, atitudes, motivações e expectativas dos participantes de um protocolo de emagrecimento em situações complexas que exigem a incorporação de significados e intencionalidades, inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais²⁴.

O estudo foi realizado em um município de médio porte da região sudoeste da Bahia, cuja população estimada em 2019 era de 155.966 habitantes²⁵. O lócus da pesquisa foi uma Clínica de natureza privada especializada em medicina estética, dermatológica e nutrológica voltada para a gestão em qualidade de vida. É relevante destacar que não serão fornecidos maiores detalhes sobre a clínica, para garantir o anonimato e confidencialidade dos informantes.

O protocolo de emagrecimento, realizado pela clínica, ocorreu em um período de dois meses e, contou com a participação de 30 indivíduos. Tinha como finalidade promover estratégias educativas para o cuidado à saúde, por meio de acompanhamento clínico, laboratorial, nutricional e psicológico que contribuíssem para a redução e controle do excesso ponderal. Para além disso, buscava oportunizar aos participantes um conjunto de atividades e orientações voltadas para uma melhor qualidade de vida e autocuidado na gestão da saúde.

Foram convidados a fazer parte do estudo, todos os indivíduos maiores de 18 anos, que participaram do protocolo. Foram excluídos do estudo, os indivíduos elegíveis que não realizaram bioimpedância antes e após protocolo, além daqueles que não se disponibilizaram a

colaborar com o estudo. Deste modo, participaram do estudo 19 informantes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, dos quais dezesseis mulheres e três homens.

O primeiro contato com os participantes do protocolo ocorreu no início do programa, quando fizeram a primeira consulta médica e foram orientados quanto a possibilidade da realização do estudo. Em seguida, foram reforçadas as informações, durante as consultas psicológicas que antecederam a participação no protocolo. Dessa forma, após a conclusão do protocolo todos os participantes já tinham sido informados que poderiam ser consultados quanto a disponibilidade para entrevista. Por fim, realizou-se o agendamento das entrevistas, de acordo com a conveniência de cada participante.

Em um espaço de privacidade, escolhido pelo informante, iniciou-se a coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada, combinando perguntas fechadas, contendo informações sociodemográficas e abertas, e perguntas específicas sobre o fenômeno, com a finalidade de obter resultados satisfatórios, necessários para responder aos objetivos^{24, 26}. Assim, foram elaboradas questões relativas ao conhecimento dos pacientes sobre as dificuldades e os benefícios na redução e controle do excesso ponderal.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro à dezembro de 2019, por meio de gravação utilizado um minigravador digital panasonic RR-US511, que possibilitou não só a descrição dos fenômenos, mas a fidedignidade das respostas. Após cada gravação, a entrevista era transcrita na íntegra com a finalidade de produzir os dados necessários para a análise qualitativa, realizada a partir da técnica de Análise de Conteúdo Temática²⁷ de modo a permitir a construção de inferências e resultados com elevado nível de efetividade.

Essa técnica, organiza os dados coletados, dando sentido às características dos conteúdos que são estruturados a partir de “três pólos cronológicos”: pré-análise, momento em que foi organizado todo o material a ser analisado, seguido da leitura flutuante necessária para a construção do corpus que venha a responder as normas de validade; a exploração do material, marcada pela manipulação ordenada do material em análise e; tratamento dos resultados, inferência e interpretação, momento em que os dados foram manuseados, descritos através dos achados e expressos de forma qualitativa. Desse modo, a apresentação e discussão dos resultados foram construídas após seleção do material, leitura flutuante, exploração e codificação das entrevistas e, construção dos núcleos de sentido que deram origem à duas categorias temáticas, a saber: Estratégias educativas no enfrentamento do excesso ponderal e; Limites e potencialidades das estratégias educativas para o enfrentamento do excesso ponderal.

O estudo originou-se da tese de doutorado intitulada “Educação em saúde como estratégia para prevenção e controle do excesso ponderal”, que foi desenvolvida no contexto do

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGEs) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Nesse sentido, para realização do estudo, foi solicitado a autorização da Clínica de Medicina Nutrológica e Estética, para o livre acesso ao serviço, às informações dos pacientes e o desenvolvimento da pesquisa, respeitando todas as exigências formais e, atendendo aos preceitos éticos e legais inscritos na Resolução nº 466/2012²⁸. Além disso, o projeto de pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, formalizada através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 93617318.9.0000.0055 e do Parecer nº 2.852.159.

RESULTADOS

Participaram do estudo, 19 indivíduos, sendo 16 (84,21%) do sexo feminino e 3 (15,79%) do sexo masculino. A idade variou entre 34 a 66 anos, com uma média para o grupo de 48,3 anos. Quanto ao estado civil, 5 (26,32%) dos participantes informaram ser solteiros, enquanto que 13 (68,42%) são casados e apenas 1 (5,26%) relatou ser separada. No que se refere ao grau de escolaridade 18 (94,74%) tinham nível superior completo, 01 (5,26%) nível superior incompleto. Quanto as profissões e/ou atividades laborais dos participantes, observou-se uma heterogeneidade, com destaque para 5 (26,32%) serem profissionais da área da saúde, 4 (21,05%) aposentados; 3 (15,79%) professores; 3 (15,79%) administradores e; 4 (21,05%) outros. Quanto a prática de atividade física regular, 12 (63,16%) dos participantes tinham esse hábito, contrapondo-se à 7 (36,84%) que não praticavam e se assumiram sedentários. Destaca-se o fato de que ao considerar a prática de atividade física por sexo, 3 (100%) dos homens não eram praticantes regulares.

A média do IMC dos participantes do protocolo de emagrecimento foi de 30,16 Kg/cm², sendo a média de peso atual de 80,14Kg e a altura de 1,62m. Entretanto ao serem calculados a média por sexo, observou-se que os homens apresentaram uma média de IMC de 36,56 Kg/cm², enquanto que as mulheres uma média de IMC de 28,97 Kg/cm². Tomando como referência a classificação baseada em padrões internacionais e aceita pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), constata-se que o grupo de participantes do estudo pode ser classificado como Obeso tipo I (32,01 Kg/cm²), com risco de comorbidades elevado; o grupo dos homens, 3 (15,79%), apresentou um média de IMC que o classificou como Obesos tipo II (36,56 Kg/cm²), com risco de comorbidades muito elevado. O

grupo das mulheres 16 (84,21%), apresentou uma média de IMC que o classificou como sobrepeso ou pré-obesos (28,97Kg/cm²), com risco de comorbidades pouco elevado³.

Por se tratar de um recorte da tese de doutorado, os resultados apresentados neste artigo limitam-se a descrição dos indivíduos participantes de um protocolo de emagrecimento que revelaram estratégias educativas para a redução e controle do excesso ponderal. Assim, a partir da análise dos depoimentos emergiram as seguintes categorias: Estratégias educativas no enfrentamento do excesso ponderal e Limites e possibilidades das estratégias educativas para enfrentamento do excesso ponderal.

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS NO ENFRENTAMENTO DO EXCESSO PONDERAL

Os depoimentos deixam claro que, a maioria dos informantes, apontam a reeducação alimentar e a prática de atividade física regular como importantes estratégias educativas no combate ao excesso ponderal. Referiram-se a reeducação alimentar como a principal estratégia para mudar e controlar o peso, considerando que bons hábitos e bons comportamentos devem ser inseridos em uma rotina diária visando a saúde plena com qualidade de vida.

[...] A primeira coisa foi mudança de alimentação (...) tirei muita coisa de fast-food, passei a me alimentar mais com comida de verdade (...) tirei farinha e, tirei algumas coisas assim que a gente sabe que não faz bem, frituras (...) mudei a alimentação radicalmente (...) coisas que tinha em casa, era industrializados, deixei de comprar tudo(...) (Inf. 05)

[...] a educação alimentar, para mim é o tópico básico, começa por aí (...) alimentação de qualidade, isso é muito importante para a vida da gente (...) A educação alimentar, a ajuda de uma nutricionista (...) as vezes precisamos procurar um profissional. (Inf. 07)

[...] A primeira coisa é a alimentação (...) tivemos muito conhecimento, o alimento bom, o alimento ruim, as calorias e fazer de tudo para colocar dentro do nosso corpo alimentos saudáveis (...) a alimentação aquele todo o processo de escolher verduras, legumes, eu tento manter essas estratégias (Inf. 13)

[...] Atualmente, tenho feito reeducação alimentar (...) e vejo os resultados no que diz a perda de peso (Inf. 18)

As descrições dos participantes quanto as estratégias educativas mostraram, também, a importância dada para a prática da atividade física regular no enfrentamento do excesso ponderal, quer seja como uma prática prazerosa, quer seja como uma prática necessária e indispensável a ser realizada, como afirmam:

[...] a atividade física é uma coisa que eu faço porque eu gosto, não é uma coisa obrigada, como eu vejo muita gente aí. (...) na realidade eu sempre fui uma pessoa que desde a minha infância sempre malhei, sempre tive esse cuidado em fazer atividade física (...) não só para o controle do peso, mas também para aliviar o stress, as tensões (Inf. 01)

[...] Alimentação e atividade física. Essas duas caminham juntas. (Inf. 07)

[...] atividade física que eu faço, mas às vezes sou um pouco relapsa deixo um pouco de lado, que deveria ser uma coisa mais intensiva, porque eu tenho muita dificuldade na perda de peso (...) então atividade física tem que ser feito (...) E, atividade física, beber muita água, as vezes a gente esquece de beber água, (...) (Inf. 13)

[...] as estratégias foi fazer atividade física (...) manter hábitos saudáveis (Inf. 14)

[...] A atividade física que eu não posso fazer tanto aeróbica, mas eu faço a outra porque a atividade física a gente não pode ficar sem (Inf. 15)

[...] tentando fazer atividade física, mas essa danadinha ainda não consegui acrescentar em minha vida (Inf. 18).

Complementando as falas, observa-se no depoimento da Informante 16, a reeducação alimentar, respeitando a taxa metabólica basal de cada indivíduo, aliada com prática de atividade física regular, como principais estratégias para mudar e ou controlar o excesso ponderal, buscando perder peso sem perder massa muscular, de modo a garantir bem-estar corporal e psíquico.

[...] enquanto estratégia, a alimentação é de fundamental importância, aí eu tenho que respeitar a minha taxa metabólica basal para liberar uma quantidade alimentar que não ultrapasse essa taxa metabólica basal e, aliada a isso manter uma qualidade dessa alimentação, porque não basta apenas comer pouco (...) dentro dessa qualidade alimentar eu preciso respeitar uma proporcionalidade entre os macronutrientes (...) Aliada a isso, eu preciso manter um ritmo regular de exercício físico, sempre associando uma atividade aeróbica e, se for de cunho recreativo, melhor ainda e, não

pode faltar uma atividade de força, porque a gente precisa estimular o crescimento da massa muscular. É essa massa magra que aumenta o metabolismo de uma forma definitiva e, à medida que se emagrece eu preciso estabilizar esse metabolismo (...) Então a estratégia é perder peso sem perder musculatura, ou melhor ainda, ganhando massa magra (...) esses comportamentos básicos, aliado a genética, a bioquímica, ao estilo de vida, aos desejos, faz parte desse contexto da estratégia para perder peso (Inf. 16)

É importante sinalizar que as estratégias educativas utilizadas podem variar de participante para participante. Neste contexto, muitos informantes apontaram o grupo terapêutico como uma necessária estratégia a ser utilizada na luta contra o excesso de peso, representando espaço de reforço psicológico, apoio terapêutico e troca de experiências entre pessoas diferentes, com necessidades diferentes, mas todos parecidos nos objetivos, nas metas e nos desejos.

[...] Aquele período mesmo que a gente teve o grupo, com palestras e tudo, foi algo muito enriquecedor que todo mundo comentava (...) era um momento que a gente aprendia muito, a gente trocava muita coisa, então era uma estratégia educativa muito boa (Inf. 02)

[...] tinha um grupo de relacionamento em que todo mundo ia trocando experiências (...) a parte educativa já vinha, que a partir dali realmente estimula um ao outro (Inf. 04)

[...] o grupo que me ajudou muito, você ouvia os depoimentos dos outros, ver que você não estava sozinha ali, que tudo, tudo era muito parecido, cada um nas suas especificidades, mas é muito parecido (...) fazendo um acompanhamento como a gente fez, funciona (Inf. 11)

[...] o grupo de apoio que era uma vez por semana, então a gente, uma vez por semana tinha aquele reforço e sempre acontecia coisa nova (Inf. 12)

[...] você fazer um protocolo em grupo, essa estratégia em grupo eu acho que ajuda muito, para mim ajudou muito (...) me ajudou muito (Inf. 19)

[...] eu acho que a psicanalista ou Psicólogo, o protocolo, o conhecimento é tudo uma coisa (...) você precisa de tá com todo esse aparato (Inf. 15)

Outras estratégias educativas, relatadas pelos informantes e conectadas às tecnologias de comunicação e de informação presentes no mundo contemporâneo, refere-se à utilização das redes sociais, com destaque para o aplicativo WhatsApp e as publicações de mídia em áudio, denominadas Podcast, postadas diariamente pela médica que acompanhava o grupo. Como forma de fornecer conteúdo didático pedagógico acessível e auxiliar no processo educacional dos participantes do protocolo, muitos informantes apontaram essas estratégias como importantes para a prevenção e o controle do excesso ponderal.

[...] quando a gente estava no processo de aprender, ouvindo os áudios (...), a gente estava ouvindo aqui e a gente incorporava no nosso dia a dia, porque aquilo fazia sentido para gente (Inf. 03)

[...] Em relação as estratégias (...) o grupo foi muito importante. O grupo de WhatsApp, porque realmente todo dia de manhã a gente acordava querendo ouvir as orientações (...) no WhatsApp, no Instagram tem pessoas que passam algumas experiências das conquistas e assim vai trocando experiências vai passando, então hoje eu já acompanho isso aí então que entra uma estratégia educativa (Inf. 04)

[...] lembro de muita coisa dos áudios, dos vídeos, do grupo WhatsApp, dos comentários dos participantes, das brincadeiras (Inf. 06)

[...] A minha estratégia é acompanhar nas redes sociais perfis de profissionais na área de nutrição, médicos também, que tendem a falar sobre alimentação na área de low carb e cetogênica (...) outra estratégia seria acompanhar esses perfis de pessoas que, todo dia você acordar ler sobre o low carb, ler sobre cetogênica, e ver os vídeos (Inf. 11)

[...] Uma coisa assim de fácil acesso foram aquelas mensagens do WhatsApp, (...) todos os dias tinha uma mensagem nova, (...) de fonte confiável e sempre esclarecedora (Inf. 12)

Percebeu-se que nem todos os participantes do protocolo tinham o mesmo padrão de compreensão quanto a importância das estratégias educativas. Assim, contrariando a maioria dos informantes houve quem demonstrasse não ter conhecimento das estratégias educativas necessárias para o enfrentamento do excesso ponderal.

[...] Estratégia assim eu acabo não tendo assim nenhuma estratégia, (...) não tenho uma estratégia assim, algo que eu falo eu faço isso para conseguir, eu não tenho uma estratégia para driblar a situação (Inf. 02)

[...] Eu não faço nada (...) eu acho que não tem assim uma estratégia certa para eu poder fazer (...) não tenho uma estratégia certa (Inf. 13)

LIMITES E POTENCIALIDADES DAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA ENFRENTAMENTO DO EXCESSO PONDERAL

Limites:

A preocupação com os limites das estratégias educativas, implementadas junto aos participantes do protocolo de emagrecimento, pode ser constatada, no estudo, a partir de depoimentos que revelam a importância do programa no enfrentamento do excesso ponderal. Considerando essa realidade, as falas dos indivíduos confirmam que ao final do programa, houve um abandono das mudanças de hábitos saudáveis e retorno as práticas não saudáveis, a exemplo da alimentação inadequada e sedentarismo, conforme relatado nos seguintes depoimentos:

[...] Na época que eu fiz o programa [...] eu perdi e achei pouco [...] eu acabei de certa forma abandonando alguns hábitos, porque quando você pensa em perder peso, você estabelece uma meta [...] a diminuição das calorias foi de fato algo muito difícil [...] eu descobri com o programa, que eu não tinha essa alimentação tão bacana (Inf. 01).

[...] eu acho que o meu erro foi não ter mantido a questão da alimentação, a questão de uma atividade física [...] o erro da gente é porque quando alcança aquele objetivo, ao invés de tentar permanecer [...] acha que pode comer e voltar a fazer tudo que fazia antes [...] o meu erro foi não manter uma prática de atividade física regular (Inf. 02).

[...] não estou fazendo academia, eu acho que isso é uma coisa que dificulta para mim e aí é um limitante [...] embora eu saiba quais são as minhas limitações o que eu preciso, eu acho que tá faltando essa coisa que me impulse a fazer o certo, ainda não encontrei esse equilíbrio (Inf. 08).

[...] preciso muito trabalhar com a questão da mudança de hábitos e atividades físicas que sempre representou uma dificuldade muito grande em minha vida [...] volto a dizer que o problema é a tal atividade física. (Inf. 09).

[...] Porque dieta só não funcionava [...] é mudança de hábito, estou tentando mudar o hábito [...] Eu sei que o caminho é difícil, mas a gente vai tentando, agora essa ansiedade que a gente tem de perder 10, 15, 20 quilos de vez, isso não funciona [...] É difícil? é, mas a gente vai conseguindo. O problema é não deixar aumentar esse peso [...] Eu digo que pode, mas não é aquela coisa imediata, é uma coisa que tem que trabalhar e ir aceitando aquela perda de graminhas até chegar ao seu objetivo (Inf. 17).

Outros aspectos pontuados foram a falta de apoio da família e de incentivo de profissional que impulse o participante a fazer o que é certo e de forma equilibrada. Nesse sentido, os depoimentos revelam que, após o protocolo de emagrecimento, e mesmo conhecendo o que é certo e o que é errado, houve uma tendência a recaída e retorno aos comportamentos não saudáveis.

[...] no protocolo você tá ali, todo mundo acompanhando aí fica mais fácil, depois que acaba, é cada um por si [...] A gente conseguiu controlar porque estava todo mundo junto naquele período com o mesmo propósito, com o mesmo objetivo depois acabou, e aí foi cada um por si e Deus por nós, então assim, não tinha mais um apoio, era você sozinho, então de uma certa forma, não consegui controlar porque essas estratégias já não existe mais, esse convívio com outro, essa troca com outro (Inf. 02).

[...] É, porque como o grupo, esse grupo todo mundo tinha um objetivo, então estava todo mundo entusiasmado [...] quando não tem é tudo mais difícil, porque você sozinha tentando mudar a cabeça não é tão fácil [...] quando a gente é de uma família “comilona” que tem sempre pratos avantajadas na mesa, isso dificulta a vida da gente [...] talvez se fosse uma família que tivesse uma dieta, não uma dieta severa, mas uma comida mais equilibrada, com consciência maior das coisas, eu acho que facilitaria (Inf. 08).

[...] Falta incentivo [...] um profissional da área, porque quando está com um profissional, você vai lá, incentiva [...] quando a gente fica sozinho fica a vontade, faz no dia que quer, no dia que não quer não faz, a verdade é essa, você precisa de um guia para fazer (Inf. 10).

[...] A vida do gordo é uma coisa, comer é uma coisa maravilhosa, mas [...] depois a gente foi se distanciando desse protocolo, a gente vai relaxando, vai entrando na rotina da família de novo e aí pronto, eu comecei a engordar [...] eu quero ter essa disciplina, mas eu ainda não consigo (Inf. 11).

[...] a gente sempre foge, sempre escorrega, perde o foco [...] a gente é muito relapsa, eu mesmo me acho muito relapsa [...] acho que a gente tem que buscar, não sei se uma terapia poderia me ajudar [...] ter um foco maior, levar mais a sério [...] apesar de toda essa luta, de saber o que é certo o que é errado, às vezes saio do foco, não sei te falar assim porque, não sei se é porque alguns problemas surgem [...] descarrega tudo no alimento (Inf. 13).

Nesta categoria, houve destaque ainda para um depoimento que demonstrou sentimento de abandono pós protocolo de emagrecimento:

[...] então tudo isso (PROTOCOLO) era reforço e de repente você se vê assim sem nada e, agora até abandonada clinicamente falando, aí a gente dá risada mas a coisa é séria viu? porque essa sensação de não pertencimento mais ao grupo, ficou assim muito estranho para mim, eu reagi muito mal (Inf. 12).

Potencialidade:

Essa categoria, também, possibilitou reflexões a respeito das potencialidades adquiridas a partir das estratégias educativas. Nesse contexto, os depoimentos revelam que a participação no protocolo de emagrecimento, com aquisição de informações, centradas na construção da autonomia do indivíduo, foram decisivos para assumir uma posição de responsabilidade, conhecimento e compromisso em relação a gestão da saúde com qualidade de vida.

[...] as estratégias educativas, você sempre acaba revivendo e, começa a perceber a responsabilidade, porque quanto mais você conhece, mais responsável você se torna [...] traz uma responsabilidade maior. Participar de um negócio como esse não é brincadeira, é responsabilidade (Inf. 01).

[...] a gente assume uma postura diferente com relação ao alimento [...] eu gosto sempre de estar revendo alguns conceitos desses áudios educativos [...] isso vai

reativando a memória da gente, vai fortalecendo para que faça essas escolhas conscientes [...] uma estratégia educativa que ficou, é estudar, lembrar esses temas que são importantes para a gente. (Inf. 03).

[...] sempre trago, realmente, o que eu aprendi em relação ao protocolo, porque ali foram muitas informações [...] a gente acaba colocando em prática, mesmo sem perceber [...] eu coloco em prática tudo (Inf. 04).

[...] todo mundo hoje come saudável [...] eu tenho visto muita coisa na internet [...] venho acompanhando e vendo algumas estratégias que a gente pode usar [...] algumas estratégias [...] que pode dar uma melhorada no seu metabolismo (Inf. 05).

[...] Eu me considero uma pessoa modificada [...] aquilo ali ficou, está alicerçado, eu realmente entendi o porquê (Inf. 12).

[...] todo esse conhecimento que eu tenho do funcionamento do meu corpo, do alimento, o que é que pode? o que não pode? porque eu devo? Por que eu não devo? [...] depois de um processo educativo eu entendo [...] tudo isso vem do processo educativo. (Inf. 14).

Outra forma de potencialidade adquirida a partir das estratégias educativas, relatada pelos informantes, foi a procura de terapia, justificada por auxiliar na compreensão dos possíveis motivos que contribuem para a compulsão alimentar. Nesse caso, os depoimentos apontam para a ajuda da terapia na gestão emocional dos participantes do protocolo.

[...] A terapia me ajudou com a compulsão, porque você acha que quando não quiser comer não come, e, não é assim [...] a gente tem algum gatilho lá no subconsciente que a gente não sabe (Inf. 15).

[...] ajuda da terapia psicológica é fundamental, até para avaliar se tem relação direta com algo vivenciado e que não foi tão bem resolvido, e que deflagra um comer compulsivo, que deflagra uma queda na autoestima e tantos outros transtornos [...] A estratégia é trabalhar com o básico, nossa base é alimentação, é exercício físico, é dormir de forma adequada, é fazer essa gestão emocional, é tratar o que é preciso, é usar o que promove saúde, bem-estar e autoestima, é prevenir doenças (Inf. 16).

DISCUSSÃO

As “ações de educação em saúde”, aqui denominadas estratégias educativas, tem como foco central a promoção da saúde, sendo apontada como importante ferramenta no processo de conscientização individual e coletiva da sociedade²⁹. Neste aspecto, observa-se que as estratégias educativas descritas pelos participantes do protocolo de emagrecimento, contribuíram para ampliação dos conhecimentos sobre o excesso ponderal e para a mudança das práticas.

De acordo com a literatura, as estratégias educativas se destacam, também, por contribuírem para a emancipação do sujeito, permitindo que ele atue ativamente em sua realidade, estimulando experiências que sejam direcionadas para a melhoria das condições de vida e promoção da saúde²⁹. Deve-se ressaltar que, nesta direção, as estratégias educativas desenvolvidas junto aos participantes do protocolo, tem se revelado como facilitadoras das trocas de experiências e conhecimentos, ofertando momento de reflexões que possibilitam a responsabilização, o autocuidado e a aprendizagem significativa.

A análise dos depoimentos permitiu identificar que, as estratégias utilizadas pelos participantes do protocolo parecem, fortemente, relacionadas ao entendimento de que o excesso ponderal não é apenas um problema estético, mas principalmente um grave distúrbio metabólico⁸ que exige autonomia e esforço individual. Daí que, torna-se imperativo o reconhecimento do problema e a adoção de medidas efetivas de enfrentamento, dentre as quais destacam-se as estratégias educativas, a exemplo da reeducação alimentar, da prática de exercícios físicos regulares, do acompanhamento em grupos terapêuticos e, até da utilização das tecnologias de comunicação e informação.

É importante destacar que, o principal foco terapêutico para quem busca não apenas a redução, mas também a manutenção peso, é a mudança de estilo de vida, por meio da reeducação alimentar e da inclusão de prática de atividade física regular³⁰. Nesse sentido, os resultados do presente estudo confirmam o que vem sendo apontado na literatura, demonstrando que a modificação dietética passa necessariamente pela incorporação de hábitos de vida saudáveis. Entretanto, tais estratégias se tornarão mais eficazes se forem alinhadas à outras estratégias, a exemplo do acompanhamento médico, nutricional e do acompanhamento psicológico terapêutico que conduza ao equilíbrio emocional³¹.

Nos últimos anos, tem-se observado que as modificações no padrão alimentar da população, causados por mudanças sociais, incluindo urbanização, sistema agrário e indústria de alimentos tem sido responsável por alterações significativas na maneira como o indivíduo

se relaciona com os alimentos. Em vista disso, prática alimentar inadequada vem sendo apontada como principal fator de risco para excesso ponderal, que por sua vez pode causar alterações metabólicas, diabetes e outras condições crônicas, além de risco para incapacidade e morte³².

Não por acaso que, diversos estudiosos se dedicaram a pesquisar sobre as diferentes estratégias educativas para o enfrentamento do excesso ponderal, dando ênfase a importância da reeducação alimentar. Os achados da pesquisa demonstram que os informantes estão preocupados com a questão alimentar, uma vez que apontam a necessidade de mudança radical na escolha dos alimentos, a partir dos conhecimentos adquiridos durante o protocolo de emagrecimento e da compreensão de que uma alimentação de qualidade produz resultados mais eficazes e duradouros.

Estudo recente sobre ambiente obesogênico e estilo de vida parental mostrou que o desenvolvimento de um comportamento alimentar saudável é influenciado por diversos aspectos da vida do indivíduo, incluindo o ambiente físico, social, cultural, midiático, familiar e até psicológico³³. Desse modo, constata-se que as mudanças de comportamentos das pessoas com excesso ponderal, com inclusão de hábitos alimentares saudáveis, apresentarão resultados mais positivos, na medida em que, membros da família e outros aspectos da vida cotidiana, sejam considerados como fatores motivacionais para realização das estratégias educativas.

Toda essa possibilidade de mudança de comportamento exigiu comprometimento dos participantes do protocolo, na medida em que o comportamento não é uma posição estática e inflexível, mas “uma evolução dinâmica com um delineamento em espiral” que representa a continuidade de mudanças comportamentais anteriores. Isso exige que se reconheça a possibilidade de recaída, que por sua vez, “não devem ser interpretadas como fracasso, mas sim como uma oportunidade de aprendizado para evitar que erros se repitam no futuro”³⁴.

Ressalta-se mais uma vez que, os resultados também apontaram a prática da atividade física como estratégia educativa indispensável no combate do excesso de peso. Nesse sentido, estudo³⁵ sobre a temática, mostra-se de extrema relevância, ao apresentar contribuições sobre a importância de se individualizar a prática de atividade física, quer seja por idade, presença de comorbidades, fatores de risco associados ou limitações físicas, de acordo com as características de cada participante.

Esta abordagem é fundamental para demonstrar que medidas individualizadas exigem um maior esforço tanto dos profissionais quanto dos participantes do protocolo. Ademais, muitas vezes, conhecer a complexidade dessa estratégia, implica em compreender que barreiras

limitadoras da prática da atividade física apresentam causas históricas, culturais, ambientais, individuais e comportamentais³⁶.

Com respeito aos aspectos comportamentais, estudo³⁷ mostra que a prática da atividade física é um comportamento intencional, no qual os indivíduos se envolvem no processo em função de suas crenças e do desejo de realizar uma ação. Dessa forma, fica evidente a grande complexidade existente entre, aqueles que fazem da prática da atividade física uma ação de prazer e aqueles que investem esforços por compreender a necessidade de realização da prática, em prol dos benefícios para a saúde.

Observa-se ainda que, os efeitos da prática da atividade física regular não se limitam apenas ao “*controle do peso, mas também para aliviar estresse e tensões*” (Inf. 01). E, para além disso, outros benefícios podem ser incluídos, tais como proteção contra a perda de massa magra durante o processo de emagrecimento, redução da gordura corporal, melhora na aptidão cardiorrespiratória, redução do estado inflamatório e dos riscos cardiometabólicos, sensação de bem-estar e melhoria da autoestima³⁵.

Os resultados obtidos trazem preocupação, no momento em que se observa a dificuldade da maioria dos informantes em praticar atividade física. Evidência da literatura confirma que fatores ambientais, a exemplo do sedentarismo, contribuem para o excesso da adiposidade corporal. Nesse sentido, estima-se que, em escala mundial, pelo menos uma de cada três pessoas não pratica os níveis de atividade física recomendados, situando o sedentarismo como o quarto fator de risco para as condições crônicas³².

Diante destas constatações, torna-se um desafio inserir a prática regular da atividade física na rotina diária dos indivíduos com excesso ponderal. No entanto, essas práticas podem motivar o indivíduo, contribuindo para a adoção de novos hábitos saudáveis e promoção da qualidade de vida.

A análise dos depoimentos dos participantes permitiu, também, destacar que os dois principais pilares para a redução e controle do excesso ponderal são reeducação alimentar e prática de atividade física regular. Essas estratégias educativas foram descritas pelos informantes do estudo, como essenciais na luta contra o aumento de peso. Entretanto, é importante destacar que a mudança de comportamento é um processo gradual que exige dos indivíduos, alto grau de comprometimento e assimilação da sua condição.

Em relação ao grupo terapêutico, os depoimentos revelaram a satisfação dos participantes do protocolo, destacando que o momento foi enriquecedor, com troca de experiências necessárias como suporte emocional para continuar lutando contra o excesso de peso. Semelhante aos resultados encontrados, estudo sobre os impactos do grupo terapêutico

demonstrou os benefícios da estratégia educativa para a diminuição do peso corporal, mudança dos hábitos inadequados de alimentação e prevenção/tratamento dos distúrbios causados pelo excesso ponderal³⁸.

Ainda com relação ao grupo terapêutico, constata-se que o investimento emocional dos participantes foi fundamental para reforçar a mudança de comportamento, revelando que as singularidades se completaram e se uniram na busca de alcançar a meta de redução e, principalmente, o controle do excesso ponderal.

De modo semelhante, estudo³⁹ revela a importância do componente emocional e a necessidade que participantes de protocolo de emagrecimento devem ser ouvidos em suas singularidades. Estratégias educativas como grupos terapêuticos, indicam possibilidades concretas de acolhida, convivência e troca de experiências entre indivíduos que necessitam de apoio psicológico favoráveis para elaboração de sentimentos positivos frente as inúmeras dificuldades enfrentadas na luta contra o excesso de peso e por mudanças de hábitos alimentares e qualidade de vida.

Os resultados obtidos nos depoimentos revelaram que as tecnologias disponíveis, utilizadas como estratégias educativas pelos participantes do protocolo foram, principalmente, vinculação pelo aplicativo WhatsApp (mensagens em texto, áudios e vídeos) e Podcasts (mídias de áudios). Com isso, percebe-se que o apoio das tecnologias de comunicação e informação, vem sendo apresentada como investimento necessário para aumentar o conhecimento e ampliar as possibilidades de enfrentamento do excesso ponderal, diminuindo assim, lacunas entre teoria e prática.

É relevante destacar que a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis é cada vez mais necessário para facilitar e conduzir o processo educativo. Sabe-se que a forma de receber e passar informações pode ser beneficiada pelo uso das tecnologias que aparece como uma alternativa da contemporaneidade, fornecendo recursos didáticos e pedagógicos que contribuem para a aprendizagem cognitiva dos conteúdos.

Estudo recente, objetivando descrever a “tecnologia mHealth”, utilizada para auxiliar na prevenção e no controle da obesidade em adultos, revelou que o enfrentamento do excesso ponderal por meio de abordagens tradicionais tem obtido pouco sucesso, principalmente, por reconhecer que esse fenômeno tem múltiplas causas. Além disso, demonstrou a importância do auxílio das tecnologias disponíveis enquanto estratégia educativa eficiente para o enfrentamento do excesso ponderal⁴⁰.

Apesar de constatar as vantagens da utilização destas tecnologias como estratégias educativas, nota-se ainda que poucos são os estudos desenvolvidos sobre a temática. Portanto,

aponta-se como caminho, investimentos nesta área de investigação, especialmente como o intuito de identificar os efeitos positivos da utilização das tecnologias como ferramenta de apoio ao tratamento de pessoas com excesso ponderal.

Por se tratar de uma doença crônica, multifatorial, de etiologia complexa, a falta de informação adequada torna ainda mais grave a questão do excesso ponderal. No estudo, observou-se que diferente da maioria dos informantes, houve aqueles que relataram não ter estratégia certa para enfrentar o problema. Nesse sentido, a falta de conhecimento sobre as estratégias educativas utilizadas para o enfrentamento do excesso ponderal se destacou pelo impacto negativo causado na vida dos participantes do protocolo, refletido na tendência de acompanhamento inadequado das orientações e distanciamento das propostas de tratamento inerentes ao protocolo.

Ferreira, et al.²⁹ relatam que a educação em saúde não é restrita ao repasse informações, ou seja, para além das informações, também se caracteriza por sensibilizar a população quanto aos agravos à saúde. Frente a isso, a compreensão das estratégias educativas, mostra-se de fundamental importância, por possibilitar o envolvimento dos indivíduos nas ações de construção e reconstrução dos mecanismos de enfrentamento do problema.

No presente estudo, observou-se que os limites e potencialidades das estratégias educativas, estão bem evidenciados pelos participantes do protocolo de emagrecimento. Nesse sentido, chama atenção, o fato de que ao final do protocolo, muitos participantes abandonaram os hábitos saudáveis, reincorporando ao cotidiano alimentação inadequada e sedentarismo, produzindo uma falsa impressão de que o protocolo foi insuficiente para validar as estratégias educativas aprendidas. Até porque, houve uma constatação de que mesmo os participantes que retornaram aos hábitos anteriores ao protocolo, acumularam experiências e vivências das possibilidades concretas na redução do peso com saúde.

Em um estudo⁴¹ sobre as técnicas utilizadas pela terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento da obesidade, observou-se algumas distorções cognitivas (ou vieses de interpretação) em pacientes com excesso ponderal. Dessa forma, o pensamento radical, centrado em “tudo ou nada” ou em seguir a dieta ou como tudo que tenho vontade, se revelou como uma tendência na vida das pessoas com excesso de peso. Assim, a sensação de ter falhado completamente conduz o indivíduo ao abandono de qualquer tentativa de controle do excesso ponderal.

Diante dessa evidência, os resultados revelaram que esse padrão de raciocínio, somado a falta de apoio familiar e sensação de deslocamento pós protocolo, favoreceu o abandono do tratamento, mesmo conhecendo o que é certo e o que é errado. Essa situação, revelou que um

dos maiores desafios foi, sem dúvidas, a manutenção dos hábitos saudáveis, bem como, que as estratégias educativas para serem incorporadas depende de um conjunto de fatores e, a relação entre o saber e o fazer nem sempre se apresenta de forma linear.

A tentativa de compreender as sensações e emoções do indivíduo com excesso ponderal, passa pelo estabelecimento de empatia diante do outro, pois abordar sobre essa experiência requer não apenas conhecimento teórico, mas compreensão de processos individuais da própria construção do sujeito, suas dores, narrativas e estruturas de sustentação. O estigma da obesidade é uma construção social que desqualifica os sujeitos. Não por acaso que, na medida em que as pessoas atribuem juízos de valores pejorativos, contribuem para a disseminação da imagem da pessoa com excesso ponderal como a preguiçosa e descontrolada, reforçando em seu interior, percepções negativas do seu corpo, baixa autoestima, exclusão socioafetiva e, menor aceitação⁴².

Foi possível identificar, por meio dos depoimentos, a existência de sentimento de abandono após a conclusão do protocolo. Um aspecto que pode justificar esse achado, relaciona-se ao fato de que indivíduos necessitam, emocionalmente, de amor, identidade, confiança, autonomia, autoestima, reconhecimento e segurança e, quando essas emoções e sentimentos não são preenchidos, emergem outras emoções e sentimento de cunho negativo, a exemplo da ansiedade, medo, dúvida e insegurança quanto à própria capacidade de enfrentar os desafios que se apresentam⁴³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo, buscou-se contribuir com reflexões sobre a importância das estratégias educativas desenvolvidas em um protocolo de emagrecimento, sem a pretensão de responder a toda complexidade que envolve o fenômeno. Sabe-se que a condição de pessoa com excesso ponderal causa danos à saúde física, psíquica e social, sendo importante desenvolver ferramentas de enfrentamento que estimulem o indivíduo a buscar experiência emancipatória.

Nesse contexto, torna-se imperativo reconhecer as limitações e dificuldade na aplicação das estratégias educativas para redução da prevalência do excesso ponderal, do mesmo modo que se torna imperativo desenvolver novas abordagens para o enfrentamento do problema. Por isso, a urgência em discutir e reconhecer os benefícios da educação em saúde como estratégia capaz de conduzir o indivíduo para uma mudança processual de comportamentos e hábitos, com equilíbrio e gestão para qualidade de vida.

Frente ao exposto, considera-se que os objetivos foram respondidos. A nosso ver, as estratégias educativas têm como finalidade a prevenção e o controle de doenças, entre as quais encontra-se o excesso ponderal. Dessa forma, a análise dos resultados permitiu afirmar que as principais estratégias educativas foram acompanhamento clínico e psicológico, participação em grupo terapêutico, utilização das tecnologias de comunicação e informação, entre outras que podem ser utilizadas como medidas precípuas, aplicadas para a modificação do comportamento dos participantes do protocolo de emagrecimento, através do ganho de conhecimentos necessários para conquistar as metas estabelecidas, com vistas a melhoras significativas, na longevidade, nas mudanças de hábitos e qualidade de vida.

Como limitação do estudo, destaca-se a realização com um grupo específico, localizado, em que os resultados apontam para uma percepção particular da realidade. Desse modo, mesmo compreendendo os riscos da generalização dos resultados, é possível afirmar que estratégias educativas precisam romper com modelos tradicionais que reduzem o processo à transmissão de informações e, investir em modelos que estimulem a emancipação dos indivíduos, na condição de atores sociais da própria história.

Nesse sentido, faz-se necessário investir na minimização das crenças limitantes dos indivíduos, estimulando o processo de autoconhecimento e de motivação, que possibilitam um caminhar independente, autorregulador, em direção aos objetivos propostos.

Apesar das limitações, o estudo apontou algumas potencialidades, com destaque a aquisição de conhecimentos necessários para a construção da autonomia do indivíduo e para a procura de terapia com a finalidade de auxiliar na gestão emocional e contribuir na compreensão dos possíveis entres, inerentes à luta contra o excesso ponderal.

Concluiu-se, portanto, que a construção de uma maior capacidade dos indivíduos em focalizar no sucesso do protocolo, aumentando a motivação para manter hábitos saudáveis não depende apenas do próprio indivíduo, mais também dos fatores externos a ele. E, nesse sentido, o estudo contribuiu para evidenciar a importância da criação e fortalecimento de estratégias educativas voltadas para esse grupo populacional, em sua capacidade de saber, compreender e fazer mudanças sobre si mesmo, numa gestão pela qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 Souza LL, Guedes EP, Benchimol AK. Definições antropométricas da obesidade. In.: Mancini MC, et al. Tratado de obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

- 2 Ada. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2013. *Diabetes Care*, v. 36 (Supplement 1), p. S11-S66, 2013.
- 3 Abeso. Associação Brasileira Para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4. ed. São Paulo: Abeso, 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>.
- 4 Boguszewski CL, Paz-Filho GJ da. Regulação Periférica do Balanço Energético. In.: Mancini MC, et al. Tratado de obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 5 Who. World Health Organization. Obesity and overweigny – Fact sheet. Nº 311 updated march, 2013.
- 6 Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. Manual de diretrizes para o enftretamento da obesidade na saúde suplementar brasileira [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, 2017.
- 7 Dâmaso AR, et al. Etiologia da Obesidade. In: DÂMASO AR (Coord.). Obesidade. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.3-34.
- 8 Damiani D, Damiani D, Cominato L. Avaliação da obesidade na infância e na adolescência. In.: Mancini MC, et al. Tratado de obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 9 Marie NG, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Publicado em: 28 Mai. 2014.
- 10 Dias PC, et al. Obesidade e Políticas Públicas: Concepções e Estratégias Adotadas Pelo Governo Brasileiro. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2017. V. 33, nº 7, p. 6016.
- 11 Malta DC, et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. *Ciênc. saúde coletiva*, Abr 2016, vol.21, no.4, p.1061-1069.
- 12 Silva VS, et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos do Brasil: um estudo de base populacional em todo território nacional. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, Set 2012, vol.34, no.3, p.713-726.

- 13 Pinheiro MM, et al. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. *Rev. Nutr.*, Out 2016, vol.29, no.5, p.679-689.
- 14 Florêncio RS, et al. Excesso ponderal em adultos jovens escolares: a vulnerabilidade da autopercepção corporal distorcida. *Rev. Bras. Enferm.*, Abr 2016, vol.69, no.2, p.258-265.
- 15 Callo G, et al. Excesso de peso/obesidade no ciclo da vida e composição corporal na idade adulta: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982. *Cad. Saúde Pública*, 2016, vol.32, no.4.
- 16 Magalhães EIS, et al. Prevalência e fatores associados ao ganho de peso gestacional excessivo em unidades de saúde do sudoeste da Bahia. *Rev. bras. epidemiol.*, Dez 2015, vol.18, no.4, p.858-869.
- 17 Ribeiro MC, et al. Qualidade do sono em gestantes com sobrepeso. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Ago 2015, vol.37, no.8, p.359-365. ISSN 0100-7203
- 18 Costa EC, et al. Evolução do excesso de peso e fatores associados em mulheres de 10 a 49 anos em Pernambuco, Nordeste, Brasil. *Rev. Nutr.*, Out 2014, vol.27, no.5, p.513-524.
- 19 Machado ÍE et al. Fatores associados ao excesso de peso em adultos usuários de restaurantes populares em Belo Horizonte, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Maio 2014, vol.19, no.5, p.1367-1377.
- 20 Soares, DA, Barreto SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cad. Saude Publica*, Fev 2014, vol.30, no.2, p.341-354.
- 21 Horta PM, et al. Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Dez 2013, vol.34, no.4, p.121-129.
- 22 Silva BM, et al. Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Jun 2013, vol.40, no.3, p.196-202.
- 23 Santos J, et al. Excesso de peso em funcionários de unidades de alimentação e nutrição de uma universidade do Estado de São Paulo. *Einstein (São Paulo)*, Dez 2013, vol.11, no.4, p.486-491.
- 24 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
- 25 Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/.html?>

- 26 Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- 27 Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3ª reimp. da 1ª edição de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.
- 28 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- 29 Ferreira VF, Rocha GOR, Lopes MMB, Santos MS, Miranda SA. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-378, Aug. 2014.
- 30 Calliari LE, Kochi, C. Síndrome metabólica na infância e na adolescência. In.: Mancini MC, et al. Tratado de obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 31 Lima ACR, Oliveira AB. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. Mudanças. 2016;24(1):1-14.
- 32 Opas. Organização Pan-Americana da Saúde. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória. Documento de Referência Técnica REGULA. Washington, DC; OPAS, 2016.
- 33 Dantas RR, Silva GAP. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. Rev. paul. pediatr., São Paulo, v. 37, n. 3, p. 363-371, Sept. 2019.
- 34 Mourão DM, Bressan J. Avaliação da ingestão e do comportamento alimentar. In.: Mancini MC, et al. Tratado de obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 35 Dâmaso, AR, Sanches PL. Exercício físico no tratamento da obesidade I: como prescrever? In.: Mancini MC, et al. Tratado de obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 36 Gomes GAO, et al. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 263-270, Sept. 2019.
- 37 Hagger MS, Chatzisarantis NL. An integrated behavior change model for physical activity. Med Sci Sports Exerc 2014;42(2).

- 38 De Melo LM, et al. Grupo terapêutico para obesidade: metodologia adotada, perfil nutricional e impacto alcançado. *Revista Guará*, n. 03, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/guara/article/view/9836/6658>.
- 39 Magalhaes KS, Marques RSF, Coutinho FC. "Eu não brigo, eu engulo": contribuições de um grupo terapêutico para pacientes obesos. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 186-202, dez. 2018.
- 40 Oliveira LMR, et al. Tecnologia mHealth na prevenção e no controle de obesidade na perspectiva do letramento em saúde: Lisa Obesidade. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 714-723, Sept. 2018.
- 41 Duchesne M. Importância de medidas cognitivo-comportamentais no tratamento da obesidade. In.: Mancini MC, et al. *Tratado de obesidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 42 Mattos RS, Luz MT. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000200014>.
- 43 Franquês AR, Marcondes BC. Autoimagem e autoestima do obeso mórbido. In.: Mancini MC, et al. *Tratado de obesidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MANUSCRITO 02: *Percepções de indivíduos participantes de um protocolo de emagrecimento sobre as dificuldades e os benefícios do controle do excesso ponderal.* Elaborado conforme as instruções para autores do periódico ***Physis: Revista de Saúde Coletiva***. Acesso em Fev. 2020.

PERCEPÇÕES DE INDIVÍDUOS PARTICIPANTES DE UM PROTOCOLO DE EMAGRECIMENTO SOBRE OS BENEFÍCIOS E AS FRUSTRAÇÕES NO CONTROLE DO EXCESSO PONDERAL

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães; Ana Cristina Santos Duarte

RESUMO

Trata-se de um recorte da tese de doutorado intitulada “Educação em saúde como estratégia para prevenção e controle do excesso ponderal”, que teve como objetivo conhecer a percepção dos indivíduos, participantes de um protocolo de emagrecimento, sobre as dificuldades e os benefícios no controle do excesso ponderal. Estudo qualitativo, de natureza descritiva e exploratória, realizado com 19 participantes de um protocolo de emagrecimento. Dados coletados por meio de entrevista semiestruturada, gravada em áudio e, submetidas a análise utilizado a Técnica de Análise de Conteúdo Temática, emergindo dois eixos temáticos: (1) Benefícios em buscar o controle do excesso ponderal; (2) Dificuldades/Frustrações enfrentadas no controle do excesso ponderal. Os resultados apontam como principais benefícios da redução e controle do excesso ponderal, a questão da saúde, da autoestima/estética, da qualidade de vida e do envelhecimento saudável. Observou-se como maior frustração o reganho do peso, resultado do retorno aos velhos hábitos alimentares e comportamentos sedentários. A dificuldade em manter as mudanças comportamentais desencadeou um processo ansiogênico, permeado de angústia, menos valia e frustração absoluta. Conclui-se que, urge a necessidade de adoção de uma abordagem multiprofissional, com acompanhamento pós-protocolo, necessário para diminuir a possibilidade de retorno a velhos hábitos alimentares e comportamentos sedentários que levam ao reganho do peso.

PALAVRAS-CHAVE: Excesso ponderal, redução do peso, mudança de comportamento.

ABSTRACT

This is an excerpt from the doctoral thesis entitled “Health education as a strategy for the prevention and control of Excessive weight”, which aimed to understand the perception of individuals, participants in a weight loss protocol, about the difficulties and benefits in the control of overweight. Qualitative, descriptive and exploratory study, conducted with 19 participants in a weight loss protocol. Data collected through semi-structured interviews, recorded in audio and submitted to analysis using the Thematic Content Analysis Technique, emerging two thematic axes: (1) Benefits in seeking to control overweight; (2) Difficulties / frustrations faced in controlling Excessive weight. The results point as the main benefits of the reduction and control of Excessive weight, the issue of health, self-esteem / aesthetics, quality of life and healthy aging. The regaining of weight was observed as a major frustration, resulting from the return to old eating habits and sedentary behaviors. The difficulty in maintaining behavioral changes triggered an anxiogenic process, permeated with anguish, loss of value and absolute frustration. It is concluded that there is an urgent need to adopt a multiprofessional approach, with post-protocol follow-up, necessary to reduce the possibility of returning to old eating habits and sedentary behaviors that lead to weight regain.

KEYWORDS: Excessive weight, weight reduction, behavior change.

INTRODUÇÃO

Seguindo uma tendência global, em sentido amplo e contemporâneo, tem-se evidenciado nas últimas quatro décadas, o aumento na expectativa de vida da população; a diminuição das doenças infecciosas/parasitárias com aumento na prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); a queda da desnutrição e aumento do excesso de peso (BRASIL, 2014). É importante que se diga, que estas alterações nas características do perfil da população são decorrentes do acelerado processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam as DCNT, a exemplo das neoplasias, doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e metabólicas, foram responsáveis, em 2016, por cerca de 41 milhões (71%) de um total de 54 milhões de mortes ocorridas no mundo (WHO, 2018)

Diante dessa nova realidade, revelada nos padrões das condições crônicas da sociedade, alguns estudiosos (MENDES, 2018; KAC; VELASQUEZ-MELENDZ, 2003) demonstram interesse pela epidemiologia das DCNT, com destaque para um dos maiores desafios de saúde pública na modernidade e o principal legado da transição nutricional (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008) que é a prevalência do excesso ponderal (sobrepeso e/ou obesidade).

Num viés mais conceitual, o excesso ponderal pode ser classificado como uma DCNT, de etiologia multifatorial que envolve na sua patogênese fatores genéticos, ambientais, nutricionais, socioeconômicos e comportamentais, resultando em um balanço energético positivo por tempo prolongado, produzindo excesso de gordura corporal ou acúmulo anormal de gordura no tecido adiposo (BOGUSZEWSKI, PAZ-FILHO, 2015; WHO, 2013).

Para além desse aspecto conceitual, o excesso ponderal é considerado um problema de saúde pública com impacto nas condições de saúde e qualidade de vida do ser humano. Não

por acaso, a relação entre excesso ponderal e impactos na saúde, vem sendo amplamente discutida na literatura, revelando que existe uma probabilidade aumentada de morbimortalidade por causa diversas, devido ao risco das pessoas obesas desenvolverem diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, certos tipos de câncer, apneia obstrutiva do sono, osteoartrite, entre outras (BRASIL, 2017a; WHO, 2014).

Alguns estudiosos apontam que, o excesso ponderal não se limita a uma questão de saúde, mas também se relaciona com a questão da mudança de comportamento, devido aos fatores sociais, econômicos e psicológicos. Desse modo, a ascensão da prevalência do excesso ponderal, é consequência das intensas transformações que vem ocorrendo nas últimas décadas, em função do impacto das condições crônicas na vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade (LOPES FILHO; LIVRAMENTO, 2015; COUTINHO; LINS, 2015).

De fato, observa-se que, no Brasil, o que mais chama atenção é a velocidade como o excesso ponderal aumentou nas últimas décadas, de tal modo que, atualmente, acomete um em cada dois adultos e uma em cada três crianças (BRASIL, 2017a). Evidências deste cenário são apresentadas, em abril de 2017, através dos números da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), revelando que mais da metade da população está com peso acima do recomendado e que, a obesidade apresentou um crescimento de 60% nos últimos 10 anos, passado de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016 (BRASIL, 2017b).

De modo geral, o debate sobre excesso ponderal tem ganhado visibilidade, tornando-se campo fértil de pesquisas, em vista do avançar na compreensão do fenômeno para além da doença. Entretanto, se por um lado há um grande número de investigações sobre a redução do peso em diferentes extratos da população brasileira, por outro, são necessários mais estudos que investigue sobre as dificuldades e os benefícios no controle do excesso ponderal.

Partindo desta constatação, o controle do impacto social, econômico e comportamental causado pelo excesso ponderal, envolve um conjunto de ações e iniciativas intersetoriais, bem como novas estratégias de enfrentamento capazes de reconhecê-la como um problema social passível de controle, prevenção e tratamento. Assim sendo, indispensável é a compreensão de que esse controle depende de mudanças nos hábitos alimentares, nas práticas de atividades físicas e no gerenciamento das emoções, considerando a exigência de participação ativa dos envolvidos (BRASIL, 2014).

Diante do todo exposto, o presente estudo tem como objetivo, conhecer a percepção dos indivíduos, participantes de um protocolo de emagrecimento, sobre as dificuldades e os benefícios no controle do excesso ponderal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritivo e exploratório, realizado em uma Clínica de natureza privada, especializada em medicina estética, dermatológica e nutrológica voltada para a gestão em qualidade de vida, situada em um município de médio porte da região sudoeste da Bahia, cuja população estimada em 2019 era de 155.966 habitantes (IBGE, 2018).

De um total de 30 indivíduos que realizaram o protocolo de emagrecimento promovido pela Clínica, 19 compuseram o número de informantes do estudo, sendo dezesseis mulheres e três homens. A coleta de dados foi realizada no período de setembro à dezembro de 2019. Os critérios de inclusão foram indivíduos maiores de 18 anos, que participaram de todas as etapas do protocolo de emagrecimento promovido pela clínica; e os de exclusão foram participantes do protocolo elegíveis para a pesquisa, que não realizaram bioimpedância antes e após protocolo, além daqueles que não se disponibilizaram a colaborar com o estudo.

O protocolo aconteceu durante um período de dois meses, tendo como principal objetivo oportunizar aos participantes um conjunto de atividades e orientações voltadas para uma melhor qualidade de vida e autocuidado na gestão da saúde. Não por acaso, buscava promover estratégias educativas para o cuidado à saúde, por meio de acompanhamento clínico, laboratorial, nutricional e psicológico que contribuíssem para a redução e controle do excesso ponderal.

Inicialmente entrou-se em contato, por telefone, com todos os participantes do protocolo elegíveis para a pesquisa. Em seguida, de acordo com a conveniência de cada participante, realizou-se o agendamento das entrevistas em espaço escolhido pelo informante. Antes do início de cada entrevista, os participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após serem informados sobre a pesquisa.

Para coleta das informações, foi elaborado um roteiro com questões sobre os benefícios e as dificuldades ou frustrações enfrentadas no controle do excesso ponderal. Assim, em um espaço de privacidade, iniciou-se a coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada, combinando perguntas fechadas, contendo informações sociodemográficas e abertas, contendo perguntas específicas sobre o fenômeno, com a finalidade de obter resultados satisfatórios (MINAYO, 2013; LAKATOS; MARCONI, 2011).

Com a finalidade de garantir a fidedignidade das respostas, os dados foram gravados em áudio, utilizando um minigravador digital panasonic RR-US511 e, em seguida, transcritos na íntegra com a finalidade de produzir os dados necessário para a análise qualitativa.

Nesse sentido, para organização das informações obtidas e análise dos dados produzidos foi utilizado a Técnica de Análise de Conteúdo Temática, de modo a permitir a construção de inferências e resultados com elevado nível de efetividade (BARDIN, 2016).

Essa técnica, organiza os dados coletados, dando sentido às características dos conteúdos que são estruturados a partir de “três pólos cronológicos”: pré-análise, momento em

que foi organizado todo o material a ser analisado, seguido da leitura flutuante necessária para a construção do corpus que venha a responder as normas de validade; a exploração do material, marcada pela manipulação ordenada do material em análise e; tratamento dos resultados, inferência e interpretação, momento em que os dados foram manuseados, descritos através dos achados e expressos de forma qualitativa.

Desse modo, a apresentação e discussão dos resultados foi construída após seleção do material, leitura flutuante, exploração e codificação das entrevistas e, construção dos núcleos de sentido que deram origem à duas categorias temáticas, a saber: (1) Benefícios em buscar o controle do excesso ponderal; (2) Dificuldades/Frustrações enfrentadas no controle do excesso ponderal.

O estudo originou-se da tese de doutorado intitulada “Educação em saúde como estratégia para prevenção e controle do excesso ponderal”, que foi desenvolvida no contexto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGEs) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Nesse sentido, para realização do estudo, foi solicitado a autorização da Clínica de Medicina Nutrológica e Estética, para o livre acesso ao serviço, às informações dos pacientes e o desenvolvimento da pesquisa, respeitando todas as exigências formais e, atendendo aos preceitos éticos e legais inscritos na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012). Além disso, o projeto de pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, formalizada através do CAAE 93617318.9.0000.0055 e do Parecer nº 2.852.159.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Participaram do estudo, 19 indivíduos que realizaram um protocolo de emagrecimento. Destes, verificou-se que houve o predomínio do sexo feminino (84,21%), tendo os informantes,

em média 48,3 anos. Em relação ao estado civil, 68,42% eram casados. Com relação a escolaridade, a maioria (94,74%) afirmava ter nível superior completo. Observou-se uma heterogeneidade, quanto as atividades laborais dos participantes, destacando que 26,32% eram profissionais da área da saúde; 21,05% aposentados; 15,79% professores; 15,79% administradores e; 21,05% outras profissões. Quanto a atividade física, 12 (63,16%) dos participantes revelaram prática regular, contrapondo-se à 7 (36,84%) que não praticavam e se assumiram sedentários.

A média do IMC dos participantes foi de 30,16 Kg/cm², sendo a média de peso atual de 80,14Kg e a altura de 1,62m. Entretanto, ao calcular a média por sexo, observou-se que os homens apresentaram uma média de IMC de 36,56 Kg/cm², enquanto que as mulheres uma média de IMC de 28,97 Kg/cm². Tomando como referência a classificação baseada em padrões internacionais e aceita pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), constata-se que o grupo de participantes do estudo pode ser classificado como Obeso tipo I (32,01 Kg/cm²), com risco de comorbidades elevado; o grupo dos homens, 3 (15,79%), apresentou um média de IMC que o classificou como Obesos tipo II (36,56 Kg/cm²), com risco de comorbidades muito elevado. O grupo das mulheres 16 (84,21%), apresentou uma média de IMC que o classificou como sobrepeso ou pré-obesos (28,97Kg/cm²), com risco de comorbidades pouco elevado (ABESO, 2016).

Por se tratar de um recorte da tese de doutorado, os resultados apresentados neste artigo limitam-se a descrição dos indivíduos participantes de um protocolo de emagrecimento que revelaram benefícios em buscar o controle do excesso ponderal, bem como as frustrações ocasionadas pelo reganho do peso.

BENEFÍCIOS EM BUSCAR O CONTROLE DO EXCESSO PONDERAL

Esta categoria foi construída tomando como referência os relatos de indivíduos participantes de um protocolo de emagrecimento, que em suas lutas diárias revelaram os principais benefícios conquistados na medida em que buscavam o controle e/ou redução do excesso ponderal, tendo sido destacado a questão da “saúde”, “autoestima/estética”, “qualidade de vida” e “envelhecimento saudável”.

Nos depoimentos expressos pelos participantes do protocolo, observa-se a existência de elementos que revelam uma prática de controle do excesso ponderal ancorada na busca por melhoria dos padrões de saúde. Neste aspecto, um dos principais benefícios está relacionado a questão da saúde, sendo relevante destacar a compreensão dos informantes quanto às fortes implicações do excesso ponderal no ideal de saúde e, por consequência, a constante tentativa de controle do peso com a finalidade de, também, controlar alguma comorbidade.

[...] fui buscar um controle do peso por conta da saúde, manter a saúde [...] eu tenho problema de coluna e a gente sabe que o peso, o sobrepeso acaba interferindo na questão das dores [...] isso foi o que mais me motivou [...] eu tenho consciência das consequências do sobrepeso, do que esse descuido pode trazer, à minha saúde (Inf. 01)

[...] Em primeiro lugar eu busquei o controle, para minha saúde [...] comecei a ter pressão alta, cansaço [...] a gente precisa de sempre tá buscando melhorar, principalmente em relação à saúde (Inf. 04).

[...] É a questão da saúde. Saúde em primeiro lugar [...] com o sobrepeso você pode aumentar a glicemia, colesterol [...] é isso que me perturba [...] eu preciso perder peso urgente, para que isso melhore (Inf. 10)

[...] Pra mim é questão de saúde [...] eu estou no sobrepeso já tenho uma tendência muito grande para o Diabetes [...] existe essa indicação [...] vou acabar sendo uma diabética [...] estou bem assim no limite [...] o meu nó crítico tá aí (Inf. 12).

Neste sentido, sabe-se que o excesso ponderal, por se tratar de um processo inflamatório, apresenta uma relação direta de associação à outras doenças como diabetes, hipertensão, problemas articulares, câncer, entre outras. Entretanto, é importante lembrar que o excesso ponderal não é um problema isolado, que se reduz ao enfraquecimento da imunidade do corpo físico ou a uma “fraqueza de caráter”, mas representa uma doença que afeta a pessoa na sua

totalidade física, psíquica e social (FRANQUES, 2013). Dessa forma, indivíduos como excesso ponderal tendem a reforçar comportamentos sociais e psíquicos como negação, fuga e isolamento, aprisionando-se em seu próprio corpo, tornando-o refém de si mesmo.

Nos relatos apresentados, percebe-se que a busca pelo controle do excesso ponderal se dá, em demasia, na tentativa de resgatar a saúde física, enquanto primícias de vida, “[...] eu tenho problema de coluna e a gente sabe que o peso, o sobrepeso acaba interferindo na questão das dores” (Inf. 01), “[...] comecei a ter pressão alta, cansaço” (Inf. 04), “[...] com o sobrepeso você pode aumentar a glicemia, colesterol” (Inf.10), “[...] já tenho uma tendência muito grande para o Diabetes (...) vou acabar sendo uma diabética [...] estou bem assim no limite” (Inf. 12), “[...] tenho resistência à insulina, metabolismo lento, vitamina D é fraca” (Inf.15). Nesse sentido, os demais benefícios advindos com o controle do peso, seriam ganhos secundários.

A análise dos resultados permite inferir que os informantes reconhecem a associação direta entre o excesso ponderal e os problemas de saúde. É importante destacar que além dos problemas atuais relacionados ao peso, os participantes do protocolo preocupam-se com os possíveis problemas que podem ser ocasionados por este fator de risco. Nesta direção, torna-se evidente que há uma preocupação dos participantes do protocolo com os inúmeros prejuízos ocasionados pelo excesso ponderal e, portanto, a redução e controle do peso são benefícios essenciais para garantia da qualidade de vida.

Canguilhem (2009, p.79) em suas contribuições sobre o normal e o patológico observa que “o homem sadio não foge diante dos problemas causados pelas alterações — às vezes súbitas — de seus hábitos, mesmo em termos fisiológicos; ele mede sua saúde pela capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem”. Pensada a partir desta perspectiva, a construção de um conceito de saúde mais abrangente e distante do caráter

meramente biológico, localizante e unicausal, revela os desafios dos depoentes, na incorporação de uma abordagem social da saúde, para além do corpo físico.

Ainda com relação aos benefícios do controle do excesso ponderal, os informantes enfocaram a questão da “autoestima/estética”, conforme entendimento reportado nas falas:

[...] pela questão da autoestima, da parte estética que a gente também não pode dizer que não tem isso [...] preocupação estética [...] todo mundo que quer perder peso e, também tem uma questão estética por traz, sobretudo as mulheres [...] nós (mulheres) acabamos por sofrer por esse padrão estético muito rígido [...] a sociedade hoje em dia quer o padrão Top Model, as pessoas com corpinho definido [...] hoje a mulher tem que ter o estilo “crossfiteira” (Inf. 01).

[...] quando resolvi fazer o protocolo estava muito acima do meu peso [...] estava me sentindo muito triste, não estava satisfeita [...] a minha autoestima estava tão baixa, foi isso mais que me ajudou a resolver fazer esse protocolo (Inf. 05).

[...] autoestima, mais disposição de fazer as coisas, atividade física, trabalho, dormir melhor (Inf. 11).

[...] quando eu estou gorda eu me sinto muito feia, eu me sinto mal humorada, eu me sinto triste, fico com minha autoestima muito baixa [...] quando eu vou buscar esse emagrecimento, entrar nesse peso mais adequado, esse processo me traz muita felicidades [...] fico estimulada, eu gosto do momento, eu gosto da dieta, eu gosto da atividade física [...] aquilo parece que eu vivo um momento, assim, importante da minha vida [...] me traz o benefício da satisfação, a autoestima melhora, minha autoimagem fica melhor [...] disposição para outras atividades [...] acordo melhor, durmo melhor, [...] quando estou buscando esse controle do meu peso eu me sinto bem melhor fisicamente e emocionalmente (Inf. 14).

Canguilhem (2009) faz severas críticas aos conceitos de normal e patológico, especialmente à medicina experimental que define um padrão do que é considerado normal. Nessa perspectiva, defende que é para além do corpo que precisamos olhar, inclusive para julgar o que é normal e o que é patológico para esse mesmo corpo.

Assim, a escolha de um padrão não é suficiente para definição do normal, já que nenhum corpo tem como chegar a perfeição, vez que se isso acontecesse o “normal seria anormal”. Assim, não podemos estabelecer um único estilo normal para todos os indivíduos, pois cada ser apresenta particularidades e realidades estruturais, estéticas, individuais e sociais diferentes.

Não por acaso, a definição de normal e patológico depende do lugar, contexto social e emocional onde o indivíduo está inserido. Não é um julgamento de realidades, mas sim de valores, pois geralmente, são os indivíduos que julgam baseados em pontos de vistas variados.

Nesse sentido, observa-se que a percepção dos participantes do protocolo de emagrecimento em relação ao excesso ponderal, revela uma concepção de normal ou patológico relacionada diretamente ao julgamento da sociedade sobre o corpo com excesso ponderal.

A análise dos resultados permite afirmar que a preocupação com a imagem, muitas vezes, está centrada na interpretação que o outro faz, gerando sentimentos negativos, como tristeza e baixa autoestima. Assim, o sentimento de inadequação social é revelado na busca do controle do excesso ponderal para se encaixar em um “um padrão estético” estabelecido pela sociedade, como “[...] nós (mulheres) acabamos por sofrer por esse padrão estético muito rígido (...) a sociedade hoje em dia quer o padrão Top Model, as pessoas com corpinho definido” (Inf. 01). Nesse sentido, notamos que alguns participantes do programa tiveram dificuldade em reconhecer que a mudança no peso corporal contribui para a melhoria na questão da saúde física, emocional e estética, dedicando preocupação apenas com a visão da sociedade.

No nosso estudo, algumas falas expressam uma necessidade de adequação do corpo e da forma com base nos padrões ditados por uma sociedade, que seleciona estilos e os altera a partir do interesse de cada contexto social, onde a grande maioria não se encaixa nos moldes anunciados. Assim, uma grande parcela da população enxerga esse padrão como inatingível, causando sentimentos de menos valia, autodepreciação, culpa e punição, protagonizando, portanto, um processo de despersonalização do eu e do corpo físico.

Neste cenário, observou-se que a maioria dos participantes do protocolo, sentem-se estigmatizados pela sociedade. Muitas vezes, devido a associação do excesso ponderal a aspectos negativos, os indivíduos tendem a sofrer discriminações e serem influenciados pelos diversos meios de comunicação social para terem o corpo ideal, gerando uma carga de preconceito que contribui para a diminuição da autoestima.

Em resultado semelhante, estigmas foram atribuídos aos seres humanos com excesso ponderal. A esse respeito, a estigmatização da pessoa com excesso ponderal tende a causar

prejuízos ao bem-estar físico, psíquico e social, repercutindo em vários aspectos da vida, sendo, muitas vezes, intensificados pela “expectativa” de que saudável e belo é o ser humano magro (“sarado”) (PINTO; BOSI, 2010). Essa forma depreciativa da imagem corporal pode, conseqüentemente, causar alterações negativas no estado psicológico, uma vez que “enquanto condição estigmatizadora, reforça sentimentos de depreciação, desvalorização e vergonha, podendo levar o indivíduo a vivenciar situações humilhantes, ao isolamento e ao retraimento social”, que são aspectos psicológicos importantes e relacionados a baixa autoestima (PALMEIRA; et al, 2016, p.728).

Tendo em vista que o processo da autoestima se constitui a partir das experiências pessoais e das relações que o ser humano constrói ao longo da vida, é importante destacar que a estima que o indivíduo possui de si mesmo, é afetada ou influenciada pela maneira como os outros o veem, podendo facilitar e/ou dificultar as relações intrapessoais e interpessoais de forma significativa.

Em vista disto, outros discursos encontrados nas entrevistas, revelam uma autoestima enfraquecida pelas circunstâncias do excesso ponderal. Apesar do cenário estigmatizado e da necessidade de autoafirmação centrada no outro, observa-se em algumas falas a busca pelo emagrecimento centrado na pessoa: “[...] estava me sentindo muito triste, não estava satisfeita [...] a minha autoestima estava tão baixa, foi isso mais que me ajudou a resolver a fazer esse protocolo” (Inf.05); “[...] quando eu estou gorda eu me sinto muito feia, eu me sinto mal humorada, eu me sinto triste, fico com minha autoestima muito baixa [...] quando eu vou buscar esse emagrecimento, entrar nesse peso mais adequado, esse processo me traz muita felicidades [...] quando estou buscando esse controle do meu peso eu me sinto bem melhor fisicamente e emocionalmente” (Inf.14).

Nessas falas, nota-se que a “estima de si” está presente. Entretanto, o indivíduo mostra-se desmotivado para caminhar e desenvolver alguns projetos de forma isolada, sendo necessário

estar envolto em atividades relacionadas à grupos sociais, dimensões, competências e estratégias planejadas, para conseguir se manter auto motivado e com foco nos novos hábitos que precisam ser construídos.

De modo similar aos resultados, estudo de Macedo et al (2015) referente a percepção de pessoas com excesso ponderal sobre seu corpo, aponta que a imagem corporal negativa traz consequência para a vida social, provocando desconforto e sofrimento. Em vista disto, há um entendimento de que estigmas sociais e imposição de padrões de beleza que excluem pessoas com excesso de peso, são causadores de sofrimento psicológico, por situar o indivíduo fora dos padrões estabelecidos pela sociedade. O ser com excesso ponderal é carente de apoio para lidar com o sofrimento vivenciado e, para ajudar no enfrentamento dos sentimentos negativos, há que se recorrer ao olhar empático, compreensão, respeito pela diversidade e idiossincrasia humana.

Uma outra dimensão que apareceu nos depoimentos, refere-se a qualidade de vida, ou seja, busca-se a redução e o controle do excesso ponderal por compreender que essa mudança de hábito possibilitará uma qualidade de vida satisfatória. Assim, algumas falas revelam:

[...] a questão, da qualidade de vida [...] de você cuidar mais de você (Inf. 02).

[...] é para gente ganhar qualidade de vida [...] quando a gente controla o sobrepeso e a obesidade a gente dorme melhor, a gente faz atividades diárias com mais disposição (Inf. 03).

[...] a importância em se buscar o controle do excesso ponderal está relacionado principalmente a questão da qualidade de vida (Inf. 09)

[...] Eu acho que a primeira coisa é a qualidade de vida (Inf. 13).

[...] da qualidade de vida [...] na época foi meu maior objetivo (Inf. 19)

Ao elucidar as falas do tipo “[...] a questão, da qualidade de vida [...] de você cuidar mais de você” (Inf.02); “[...] a importância em se buscar o controle do excesso ponderal está relacionado principalmente a questão da qualidade de vida” (Inf.09), pode-se perceber que

estes informantes ainda apresentam uma compreensão de qualidade de vida enquanto saúde física e estilo de vida saudável; pautada em uma avaliação subjetiva e individualizada, não considerando o contexto e as relações cotidianas.

De fato, devido à sua complexidade, o excesso ponderal tem o potencial de provocar importantes alterações na vida e na rotina das pessoas, comprometendo a qualidade de vida, especialmente, por ser fator de risco para inúmeras comorbidades. Nesse sentido, é consenso que a perda de peso não pode ser analisada única e exclusivamente como um simples tratamento estético, mas há que se considerar a possibilidade de adoção de medidas básicas de controle e modificação dos hábitos de vida, como estratégias de enfrentamento capazes de contribuir tanto para uma melhoria da capacidade funcional, quanto para o aumento da expectativa e qualidade de vida.

Nas últimas décadas, nas mais diversas áreas de conhecimento, a qualidade de vida tem se apresentado como fenômeno amplamente explorado. Entretanto, ainda é um termo de difícil definição, devido suas características complexas, bem como ausência de consenso conceitual, por parte da literatura. Apesar dessa limitação, os conceitos mais aceitos refletem na multiplicidade de dimensões das abordagens holísticas (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Nessa perspectiva, qualidade de vida é definida pelo grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1998).

Nesse contexto, considerando a subjetividade dos participantes do protocolo, é possível observar, nas falas, a percepção de que o excesso ponderal está afetando a condição de vida útil, sendo a redução do peso uma estratégia capaz de influenciar na adoção de comportamentos que contribuam para melhora significativa na longevidade com qualidade de vida.

Apesar dos esforços e imensa preocupação com a temática, os pesquisadores do campo da qualidade de vida, ainda hoje, não chegaram a um consenso teórico sobre a questão. Habitualmente, encontramos estudos que utilizam o conceito de saúde, bem-estar e estilo de vida saudável como qualidade de vida; necessitando portanto, estabelecer relações com a saúde física e psicológica, criar interações sociais saudáveis, enfim, para que o indivíduo experiencie uma qualidade de vida, deverá usufruir de um ambiente mais harmônico e que potencialize satisfação e bem-estar.

Outro benefício mencionado pelos participantes do protocolo, diz respeito ao envelhecimento saudável. Neste aspecto, foi relatado a preocupação dos informantes com o envelhecimento saudável sem tantos sofrimentos causados pelo excesso de peso, conforme falas:

[...] minha preocupação, com o envelhecimento [...] eu quero envelhecer, mas eu quero envelhecer bem [...] não quero envelhecer uma pessoa cheia de dor [...] pensar no envelhecimento bacana, legal, sem estar condicionado a um envelhecer e, vim a fase com dor (Inf. 01).

[...] é buscar agora uma qualidade de vida boa para que mais tarde, na velhice, a gente não venha sofrer tanto, não seja bem pior [...] controlando agora eu acredito que a gente vá conseguir envelhecer com mais saúde (Inf. 13).

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) definiu alguns domínios para analisar e avaliar o processo de envelhecimento, a saber: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade (religião e crenças pessoais) (DAWALIBI; et. al., 2013). Nesse sentido, importante destacar que o processo do envelhecimento é um fenômeno multifatorial irreversível e, como tal necessita ser considerado como um processo do ciclo da vida que requer cuidados específicos.

Dentre as particularidades inerentes ao envelhecimento, discute-se o excesso ponderal como fator de risco para o agravamento das doenças inerentes ao avanço da idade. Estudo recente sobre os fatores associados ao estado nutricional da população idosa brasileira, revelou

que o processo de envelhecimento vem acompanhado por inúmeras alterações. Dessa maneira, a mudança na composição corporal acontece na medida em que envelhecemos, de modo que se aumenta a gordura corporal e, diminui-se a massa muscular e óssea. Essa progressiva exuberância da gordura corporal, caracteriza-se pelo maior acúmulo na região abdominal (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

FRUSTRAÇÕES ENFRENTADAS NO CONTOLE DO EXCESSO PONDERAL

Nessa categoria aparecem descrições dos participantes do protocolo, quando questionados sobre as dificuldades ou frustrações enfrentadas no controle do excesso ponderal. As falas revelam sofrimento por não conseguir manter o peso eliminado durante o protocolo e a sensação de fracasso ao constatar que o peso tem aumentado devido, principalmente, as recaídas.

[...] A frustração maior é não manter [...] a frustração, quando a gente faz um protocolo como esse que é muito restrito [...] praticamente a gente não comia nada, então [...] a gente acha na nossa mente, que aquele peso você vai manter para o resto da vida, mas é onde a gente se engana [...] se você não corre atrás, se você não pratica uma atividade, se você não tenta manter uma alimentação, que seu organismo pede de forma correta aí não tem como, você acaba voltando novamente (Inf. 02).

[...] A frustração é que a gente vai consegue e, depois que a gente perde, volta tudo de novo [...] A frustração é essa, porque a gente não insiste naquilo de querer mudar [...] então tem algo, que eu gostaria de entender o porquê que eu não consigo persistir naquilo. Eu não consigo identificar o porquê? (Inf. 04).

[...] Acho que a maior frustração é passar duas semanas para perder 3kg e comer um dia para ganhar esses três quilos, isso é muito frustrante e dá vontade de “chutar o balde” e desistir de tudo (Inf. 09).

[...] A frustração foi ver esse peso aumentar e era uma coisa que já era esperada, porque eu estava só comendo [...] no dia a dia mesmo, eu estou metendo o pé na jaca, como diz o ditado, não estou seguindo nenhum plano, evito comer as coisas muito calóricas, mas a quantidade está sendo livre, enfim está difícil. (Inf. 12).

[...] É muito ruim quando você tá ali, tendo algumas regras, alguns limites e mesmo assim você ganha peso [...] por um deslize [...] é frustrante demais quando você ver que por um deslize, por um final de semana, por uma viagem, por uma festa, você acaba engordando [...] isso me frustra demais, eu acho que, o que mais me frustra é isso [...] tem momentos em que esse peso vem e vem com força e isso é muito frustrante para mim. (Inf. 14).

[...] frustração é que não sou e nem serei uma pessoa normal nunca [...] Se eu comer um pouco a mais para meu metabolismo, vou sempre engordar [...] É triste você saber que sempre precisa estar atenta, se vigiando e vigiando e vigiando. É muito triste! (Inf. 18).

A partir das falas dos informantes, evidenciou-se que o reganho de peso foi apontado como a maior frustração enfrentada pelos participantes do protocolo. Os resultados se aproximam de experiências encontradas na literatura, que revelou evidência biológica no problema do reganho de peso, demonstrando, basicamente, ser mais fácil a perda do peso, após realização de protocolos de emagrecimento, do que sua manutenção (MACLEAN; et al., 2011).

Situação semelhante, foi identificada em revisão sistemática que objetivou examinar evidências para estratégias bem-sucedidas da dieta para perda e manutenção de peso. Nesse sentido, observou-se que a manutenção de peso em longo prazo, necessita de uma combinação de fatores como prática de atividades físicas regulares, mudanças de hábitos alimentares e adoção de estratégias comportamentais com vigilância contínua (RAMAGE; et al, 2014).

Os depoimentos revelam que após terem concluído o protocolo, alguns dos participantes revelaram dificuldades em insistir nas mudanças de comportamento necessárias para a manutenção do peso, por muitas vezes, acreditarem que o peso conquistado se manterá, por conta própria, sem maiores esforços.

Nos relatos apresentados, os participantes enunciaram frases do tipo “[...]a gente não insiste naquilo de querer mudar” (Inf.04); “[...] a gente acha na nossa mente, que aquele peso você vai manter para o resto da vida, mas é onde a gente se engana” (Inf.02) e “[...] no dia a dia mesmo, eu estou metendo o pé na jaca, como diz o ditado” (Inf. 12). Sobre essa questão, tais comportamentos pós-protocolo, demonstram que os participantes se permitiram voltar a alguns hábitos alimentares não saudáveis, que comprometeram a redução e manutenção do peso, refletindo diretamente no reganho de peso.

Observa-se que ao regressar aos velhos hábitos alimentares e comportamentos sedentários, os participantes foram, progressivamente, perdendo o controle da situação, desencadeando um processo ansiogênico, permeado de angústia, menos valia, frustração absoluta e, conseqüente reganho do peso.

Interessante constatar que, mesmo quando o participante apresenta conhecimento de que tais comportamentos têm conseqüências, não foi possível controlar a auto sabotagem, revelando as dificuldades de enfrentamento do problema de forma isolada e, conseqüentemente, a necessidade de ajuda profissional para romper com o ciclo vicioso de sofrimento causado pelo “efeito sanfona” no processo de emagrecimento.

No estudo de Seixas e Lucena (2016) observa-se uma urgência das pessoas com excesso ponderal em perder peso, mesmo que seja a partir de tratamentos rápidos. Entretanto, essa instantaneidade, muitas vezes, coloca tudo a perder e assim como foi rápido a perda do peso, da mesma forma será seu reganho, gerando o conhecido “efeito sanfona”. Exige, outrossim, ajuda profissional para além do protocolo de emagrecimento, numa tentativa de oferecer estratégias que fortaleçam a mudança comportamental e preparem os indivíduos para uma mudança de atitude frente a sua condição de pessoa com excesso ponderal.

Observa-se aqui, que a análise dos resultados deste estudo aponta para algumas limitações, especialmente quanto aos aspectos que influenciam no reganho de peso dos participantes do protocolo e seu sentimento de frustração. Nestes aspectos, deve-se considerar a necessidade de maior entendimento dos preditores do reganho de peso, a exemplo das dificuldades de modificações comportamentais e adoção de práticas regulares de atividades físicas. Há, portanto, o desafio de reconhecer os preditores para possível estabelecimento de estratégias de enfrentamentos do problema para além do protocolo de emagrecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base a análise dos benefícios e frustrações no controle do excesso ponderal, destaca-se que participantes de um protocolo de emagrecimento tem como principal desafio o processo de autoconhecimento e a gestão emocional, ou seja, a capacidade de se conhecer e gerenciar as próprias emoções frente a uma sociedade contemporânea preconceituosa que contribui para aumentar a fragilidade e baixa autoestima das pessoas com excesso ponderal, gerando sentimentos negativos, como tristeza e baixa autoestima. Este desafio, torna-se maior quando se observa que o processo de automotivação vem perdendo espaço para o alarmante aumento de transtornos mentais como depressão, ansiedade, entre outros.

A análise dos resultados sinalizou a presença de benefícios para a saúde, autoestima, qualidade de vida e envelhecimento saudável, ocasionados pelo controle do excesso ponderal e, ao mesmo tempo, revelou a existência da autoestima enfraquecida pela cobrança de uma sociedade que atribui valores ao indivíduo a partir do seu corpo. Certamente que a busca pela redução e controle do excesso ponderal, se dá pela compreensão da importância na melhoria dos padrões de saúde, como elemento necessário para uma longevidade com qualidade de vida.

Evidenciou-se a necessidade de manter-se motivado e focado na adoção de novos hábitos alimentares e mudanças de comportamento, por compreender que somente a partir da construção desses pensamentos e da mudança de atitude é possível contribuir para uma melhoria na capacidade funcional que afete positivamente a condição de vida útil. Nesse caso, não basta apenas reconhecer os problemas, mas assumir o compromisso em adotar estratégias de enfrentamento e metas exequíveis capazes de, principalmente, manter a perda ponderal.

Uma das possíveis limitações deste estudo poderia estar relacionada ao próprio delineamento do grupo pesquisado, que ao se investigar apenas um grupo de participantes de um protocolo de emagrecimento, poder-se-ia limitar a generalização dos resultados. Mesmo assim, reiteramos a importância dos achados, pois certamente, contribuirá para novas produções

que possam identificar e preencher lacunas referentes ao fenômeno em estudo, contribuindo assim para novas reflexões sobre os desafios inerentes ao excesso ponderal.

Reitera-se a necessidade de estudar possíveis benefícios e desafios na redução e controle do excesso de peso. Para tanto, é fundamental esclarecer que a subjetividade presente no grupo pesquisado é necessária para o conhecimento do tema, na tentativa de apontar possíveis pistas para o enfrentamento do problema.

Apesar das limitações, concluiu-se que o estudo apontou para a necessidade do fortalecimento da abordagem multiprofissional, com acompanhamento pós-protocolo de profissionais das áreas da medicina, nutrição, psicologia, entre outros. Desse modo, as evidências corroboram para o entendimento de que os participantes do protocolo teriam apoio e acompanhamento necessários para diminuir a possibilidade de retorno a velhos hábitos alimentares e comportamentos sedentários que levam ao reganho do peso.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira Para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3ª reimp. da 1ª edição de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BOGUSZEWSKI, César Luiz; PAZ-FILHO, Gilberto Jorge da. Regulação Periférica do Balanço Energético. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. **Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TORAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. s332-s340, 2008.

COUTINHO, Walmir; LINS, Ana Paula Machado. Custo econômico da obesidade no Brasil e no Mundo. In.: MANCINI, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe; et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, Sept. 2013.

FRANQUES, Aline R. M. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: a participação do psicólogo. In: GARRIDO JUNIOR, Arthur Belarmino (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/.html?>. Acesso em: 5 dez. 2019.

KAC, Gilberto; VELASQUEZ-MELENDZ, Gustavo. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S4-S5, 2003

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LOPES FILHO, Arnaldo Lopes; LIVRAMENTO, Maria Lúcia. Função psicossocial da obesidade. In.: MANCINI, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MACEDO, Tassia Teles Santana de; et al. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 505-510, 2015.

MACLEAN, Paul S.; et al. Biology's response to dieting: the impetus for weight regain. **Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol**; 301: 581-600, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, Feb. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social, Science and Medicine, 46(12), 1998, 1569-1585.

PALMEIRA, Cátia Suely; et al. Percepções acerca da condição de saúde de pessoas com obesidade. **Rev Rene**. 2016 set-out; 17(5):724-31.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte [online]**. vol. 26, n.2, pp. 241-250. ISSN 1807-5509, 2012

PEREIRA, Ingrid Freitas da Silva; SPYRIDES, Maria Helena Constantino; ANDRADE, Lára de Melo Barbosa. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, e 00178814, 2016.

PINTO, Maria Soraia; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 443-457, 2010.

RAMAGE, Stephanie; et al. Healthy strategies for successful weight loss and weight maintenance: a systematic review. **Appl Physiol Nutr Metab**; 39 (1): 1-20, 2014. doi:10.1139/apnm-2013-0026.

SEIXAS. Cristiane Marques; LUCENA, Bianca Bulcão. O mundo não é um spa: sobre a ética do desejo na clínica da obesidade. In: PRADO, Shirley Donizete; et al. (Orgs). **Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. [online]**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. Sabor metrópole series, vol. 5, pp. 279-296. ISBN: 978-85-7511-456-8

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148144/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>. ACESSO em: 03 jan. 2020.

WHO. World Health Organization. **Obesity and overweight – Fact sheet**. Nº 311 updated march, 2013.

WHO. World Health Organization. **World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Geneva, 2018.

MANUSCRITO 03: Avaliação dos níveis lipídicos, antropométricos e mudança de comportamento de indivíduos submetidos ao protocolo de emagrecimento. Elaborado conforme as instruções para autores do periódico ***A Revista Pan-Americana de Saúde Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH)***. Acesso em Fev. 2020.

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS LIPÍDICOS, ANTROPOMÉTRICOS E MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS AO PROTOCOLO DE EMAGRECIMENTO

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães; Ana Cristina Santos Duarte

RESUMO: Objetivo. Avaliar os níveis lipídicos e antropométricos pré e pós participação em um protocolo de emagrecimento e; investigar o estágio motivacional e a prontidão para a mudança de comportamento problema, dos indivíduos submetidos ao protocolo de emagrecimento. **Métodos.** Estudo transversal e analítico, com amostra composta por dezenove participantes de um protocolo de emagrecimento, ambos os sexos, com idade entre 34 e 66 anos. Os dados do perfil lipídico, os antropométricos e de bioimpedância foram extraídos de prontuários dos participantes. Aplicou-se, individualmente, a versão brasileira da escala URICA para hábitos alimentares. Dados tabulados e analisados no software Stata (Versão 12.0), sendo as variáveis categóricas apresentadas em frequência relativa e absoluta, enquanto as contínuas em mediana e intervalo interquartil. Efetividade atestada pelo teste de Wilcoxon, com nível de significância de 5%. **Resultados.** Observou-se melhora na totalidade de todos os parâmetros do perfil lipídicos e de todos os componentes antropométricos e de bioimpedância, com destaque para redução da mediana do peso (74,0Kg para 64,5Kg) e do IMC (30,0kg/m² para 25,5kg/m²). Quanto a prontidão para a mudança, houve equilíbrio entre os participantes, sendo 9(47,34%) motivados e 10(52,63%) desmotivados para mudar o comportamento. Dos participantes, 16(84,21%) encontravam-se no estágio da pré-contemplação e os demais, 3(15,79%) no estágio da contemplação. **Conclusões.** Existe interesse dos indivíduos em participar do protocolo, porém uma parte destes não está pronta e motivada para o desafio. Portanto, a principal estratégia para redução e controle do excesso ponderal é a mudança de comportamento que envolve modificações no estilo de vida e gestão das emoções.

PALAVRAS-CHAVE: Excesso ponderal, perfil lipídico, antropometria, mudança de comportamento.

EVALUATION OF LIPID, ANTHROPOMETRIC LEVELS AND CHANGING THE BEHAVIOR OF INDIVIDUALS SUBMITTED TO THE SLIM PROTOCOL

ABSTRACT: Objective. Assess the lipid and anthropometric levels before and after participation in a weight loss protocol and; to investigate the motivational stage and the readiness to change the problem behavior of individuals submitted to the weight loss protocol.

Methods. Cross-sectional and analytical study, with a sample composed of nineteen participants in a weight loss protocol, both genders, aged between 34 and 66 years. The lipid profile, anthropometric and bioimpedance data were extracted from the participants' medical records. The Brazilian version of the URICA scale for eating habits was applied individually. Tabulated and analyzed data in the Stata software (Version 12.0), with categorical variables being presented in relative and absolute frequency, while continuous variables in median and interquartile range. Effectiveness attested by the Wilcoxon test, with a 5% significance level.

Results. Improvement was observed in all of the parameters of the lipid profile and of all anthropometric and bioimpedance components, with emphasis on the reduction of the median weight (74.0Kg to 64.5Kg) and BMI (30.0kg / m² for 25.5 kg / m²). As for readiness for change, there was a balance between the participants, with 9 (47.34%) motivated and 10 (52.63%) unmotivated to change their behavior. Of the participants, 16 (84.21%) were in the pre-contemplation stage and the rest, 3 (15.79%) were in the contemplation stage. **Conclusions.** Individuals are interested in participating in the protocol, but some of them are not ready and motivated to face the challenge. Therefore, the main strategy for reducing and controlling overweight is to change behavior, which involves changes in lifestyle and management of emotions.

KEYWORDS: Excessive weight, lipid profile, anthropometry, behavior change.

INTRODUÇÃO

Excesso ponderal (sobrepeso e obesidade) é definido como resultado do acúmulo excessivo de gordura, sendo geralmente caracterizado pelo desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético, ou seja, manifestação de menos energia queimada em relação a energia consumida¹.

Pode ser classificado como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), de etiologia multifatorial que envolve na sua patogênese fatores genéticos, ambientais, nutricionais, socioeconômicos e comportamentais, além de ser considerado como o maior distúrbio nutricional da sociedade moderna, com impacto significativo na vida dos indivíduos^{2,3}.

Revisitando a literatura, observa-se que “A Diretriz Brasileira de Prevenção da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019”⁴, elaborada para atualizar as estratégias de abordagens dos fatores de risco clássicos como hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, entre outros, aponta a doença cardiovascular (DCV) como a principal causa de morte no Brasil e no mundo, responsável pelo aumento da morbidade e incapacidade ajustadas pelos anos de vida.

Reforçando esse quadro, estudos^{4,5} apontam que evidências genéticas e clínicas descrevem as dislipidemias como importantes fatores de risco cardiovascular. Nesta direção, Sampaio et al.⁶ descreve o perfil lipídico como uma combinação de exames laboratoriais sanguíneos que inclui Colesterol Total (CT), Fração de Colesterol das Lipoproteínas de Alta Densidade (HDL-c), Fração de Colesterol das Lipoproteínas de Baixa Densidade (LDL-c), Lipoproteínas de Densidade Muito Baixa (VLDL-c) e Triglicérides (TG).

Deve-se ressaltar que, a realização destes exames não é apontada como uma condição obrigatória para definição do diagnóstico do excesso ponderal. Entretanto, seus resultados tem

importância no acompanhamento das alterações que podem estar relacionadas ao ganho de peso, reconhecido como um fator de risco para diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, certos tipos de câncer, apneia obstrutiva do sono, osteoartrite, entre outras^{7,8}.

Com relação ao excesso ponderal, observa-se que o índice antropométrico mais amplamente utilizado para avaliar a adiposidade corporal é o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado através da divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado [peso em kg/(altura em m)²]⁹. Ressalta-se que, o IMC continua sendo o teste usual e padrão para diagnóstico do excesso ponderal, sendo que em adultos, excesso de peso é definido como um IMC igual ou superior a 25kg/m² e obesidade com IMC igual ou superior a 30kg/m²¹.

Apesar de ser apontado como um bom indicador da adiposidade, caracterizado por ser simples, prático e sem custos, esse método apresenta limitações por não distinguir massa gordurosa de massa magra; não refletir a distribuição da gordura corporal e não considerar as mudanças corporais que ocorrem no decorrer da vida e, podem influenciar na quantidade relativa de gordura corporal^{9,1}.

Evidências^{10,11,12} apontam para a Bioimpedância Elétrica (BIA) como um dos métodos mais precisos e confiáveis para estimar a composição corporal. Desse modo, tem sido indicado para identificação de possíveis distúrbios nutricionais, intervenções dietéticas e dietoterápica, sobretudo pela alta velocidade no processamento das informações e por ser não invasivo, indolor, livre de radiação, rápido, prático e de fácil manuseio.

Diante da necessidade de elaborar alguns protocolos para abordagem da prevenção e controle do excesso ponderal, foram construídas as Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016, elaborada pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). As diretrizes buscam, entre outras questões, fornecer informações atualizadas sobre etiologia, diagnóstico, dietoterapia, tratamento cognitivo-comportamental e farmacológico de indivíduos com excesso ponderal⁹.

Refletindo sobre as estratégias para a dietoterapia, Halpern e Rodrigues¹³ destacam que inúmeros estudos corroboram com a hipótese de que “as dietas de baixa densidade energética estão associadas ao menor consumo energético diário, à perda de peso e à melhor qualidade de vida”. Dada a natureza complexa do excesso ponderal, observa-se nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade⁹ que, se por um lado, não há controvérsias sobre o fato de que a redução na ingestão calórica resulta em diminuição da massa corporal, por outro, inúmeras são as divergências quanto a melhor estratégia para a dietoterapia.

Considerando esse panorama, torna-se comum os indivíduos com excesso ponderal tentarem diferentes estratégias para reduzir e controlar o peso. Entretanto, o desafio no tratamento dietético está para além das dietas restritivas, artificiais e rígidas que visam a diminuição da ingestão calórica, ou seja, envolve aumento no gasto energético, realização de práticas de atividade física regular e mudança de hábitos alimentares e comportamentais por toda a vida^{13,9}.

Um estudo¹⁴ buscou investigar a segurança e eficácia na perda de peso após intervenção dietética que incluía um período de “*Very low calorie diet*” (VLCD), ou seja, Dieta Muito Baixa em Calorias. O programa alimentar, VLCD, se apresentou como um tratamento eficaz, seguro e bem tolerado para a redução e controle do peso, tendo favorecido o perfil metabólico, diminuído o percentual de gordura corporal e, conseqüentemente, contribuído para a gestão da saúde com qualidade de vida.

Diversos estudos^{15,16,17,18,19} tem investigado sobre a complexidade dos aspectos que envolvem o entendimento do processo de mudança de comportamento. Trata-se de contribuições teóricas que buscam facilitar o entendimento do comportamento problema e desenvolver modelo teórico passível de ser aplicado em uma grande variedade de grupos.

A partir desta perspectiva, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT) [Transtheoretical Model of Change], passível de ser utilizado em vários contextos,

também tem sido adotado como estratégia de intervenção para a redução e controle do excesso ponderal, por se tratar de um modelo explicativo que enfoca a mudança intencional de comportamentos, por meio da mudança no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis^{19,18}.

O MTT ganhou atenção nos últimos anos por ser importante instrumento para promover intervenções que colaboram com as mudanças comportamentais. Nesse sentido, parte do pressuposto central de que os indivíduos transitam por diferentes estágios motivacionais durante o processo de mudança de comportamento. Neste modelo de entendimento, quando um indivíduo avança de um estágio para outro, em direção a uma mudança efetiva do comportamento, promove o aumento da eficácia para a mudança e contribui para a diminuição da tentação em manter o comportamento problema¹⁹.

Nesse contexto, o MTT utiliza-se da dimensão estágio de motivação para a mudança do comportamento, caracterizado por ser o principal constructo do modelo e representar uma dimensão temporal que permite compreender o quão pronto o indivíduo está ou não para mudar¹⁸. Os cinco estágios de mudança que representam estado motivacional e ocorrem sequencialmente ao longo do processo são: (1) pré-contemplação (a pessoa não considera o comportamento como sendo um problema); (2) contemplação (há alguma consciência do prejuízo do comportamento, mas com grande ambivalência entre mudar e manter); (3) preparação (marcado pelo planejamento para a ação); (4) ação (a pessoa está disposta a realizar ações concretas de mudança de comportamento) e (5) manutenção (após as conquistas obtidas na ação e incorporadas ao novo estilo de vida, busca-se a estabilização do comportamento)^{19,20,21}.

Essas reflexões nos conduziu aos seguintes objetivos do estudo: avaliar os níveis lipídicos e antropométricos pré e pós participação em um protocolo de emagrecimento e; investigar o estágio motivacional e a prontidão para a mudança de comportamento problema dos indivíduos submetidos ao protocolo de emagrecimento.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal e analítico, com abordagem quantitativa, realizado com participantes de um protocolo de emagrecimento, em um município do sudoeste da Bahia. O protocolo de emagrecimento tinha como finalidade promover estratégias educativas para o cuidado à saúde, por meio de acompanhamento clínico, laboratorial, nutricional e psicológico que contribuíssem para a redução e controle do excesso ponderal. Desse modo, a principal proposta do protocolo centrava-se em oportunizar aos participantes um conjunto de atividades e orientações voltadas para uma melhor qualidade de vida e autocuidado na gestão da saúde.

O protocolo de emagrecimento aconteceu durante um período de dois meses e, contou com a participação de 30 indivíduos que realizaram avaliação clínica laboratorial e bioimpedância antes e após a intervenção. Destes, a amostra do estudo foi composta por 19 informantes, de ambos os sexos e com idade entre 34 e 66 anos. Foram incluídos no estudo os participantes elegíveis que realizaram bioimpedância antes e após o protocolo; e os que aceitaram participar, livremente, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos, os que cancelaram ou remarcaram a entrevista para aplicação do questionário, após, pelo menos, três tentativas de agendamento; e os que se recusaram a participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. No primeiro momento, foram coletados em prontuários clínicos, os dados da bioimpedância que subsidiaram a avaliação antropométrica do estado nutricional, e os dados clínicos laboratoriais para avaliação do perfil lipídico. Já no segundo momento, em local e horário escolhidos pelos informantes, aplicou-se a versão da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) adaptada e validada^{22, 23} para a avaliação do estágio motivacional para mudança de comportamento de hábitos alimentares²² e comer compulsivo²³.

O estado nutricional foi avaliado a partir dos indicadores antropométricos, extraídos do analisador de composição corporal – Bioimpedância InBody, pré e pós intervenção, a saber: Peso; Índice de Massa Corpórea (IMC); Relação Cintura-Quadril (RCQ); Massa Muscular Esquelética (MM); Massa de Gordura (MG); Água Corporal Total (ACT); Massa Livre de Gordura (MLG); Percentagem de Gordura Corporal (PGC) e Taxa Metabólica Basal (TMB).

Para análise do perfil lipídico foram avaliados os níveis séricos das seguintes variáveis: Colesterol Total (CT), Fração de Colesterol das Lipoproteínas de Alta Densidade (HDLc), Fração de Colesterol das Lipoproteínas de Baixa Densidade (LDLc), Lipoproteínas de Densidade Muito Baixa (VLDL) e Triglicérides (TG). Os valores de referência para análise do perfil lipídico foram estabelecidos pela Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017⁵. Aplicou-se análise estatística, incluindo mediana e intervalo interquartil (IQ) na pré e pós intervenção.

Quanto a avaliação do estágio motivacional para a mudança, utilizou-se a escala URICA hábitos alimentares, por ser um instrumento autoaplicável, em escala do tipo Likert, que na versão de 24 itens, apresenta cinco possíveis respostas: “discordo muito”, “discordo”, “indeciso”, “concordo” e “concordo plenamente”^{22,19}. Nesta versão, os itens são divididos em quatro subescalas, correspondentes aos quatro estágios de mudança: Pré-contemplação; Contemplação; Ação e; Manutenção²³.

Utilizou-se como escore de prontidão para mudança, a seguinte equação: Prontidão para Mudança (PM) = Média de pontos da Contemplação (C) + Média de pontos da Ação (A) + Média de pontos da Manutenção (M) – Média de Pontos da Pré-contemplação (PC), ou seja, $PM = (C+A+M) - PC$. Dessa forma, foi realizada a distribuição interquartil para estabelecimento da pontuação de corte da prontidão para a mudança, sendo que segundo o quadril do escore médio de prontidão desse estudo, os pontos foram de até 8 para Pré-Contemplação, entre 8 e 10,33 para Contemplação e acima de 10,33 para Ação^{19,23}.

Todos os dados oriundos dos formulários de avaliação foram tabulados e analisados no software Stata (Versão 12.0). As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência relativa e absoluta, enquanto as contínuas em mediana e intervalo interquartil (IQ), dada a não normalidade dos dados. Para atestar a efetividade do programa o teste de Wilcoxon foi utilizada para comparar as variáveis antes e após a intervenção, sendo o nível de significância de 5% para a totalidade das análises.

Este estudo faz parte da Tese de Doutorado intitulada “Educação em saúde como estratégia para prevenção e controle do excesso ponderal”, que teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), formalizada através do CAAE 93617318.9.0000.0055 e Parecer nº 2.852.159/2018.

RESULTADOS

Entre os indivíduos avaliados a média de idade foi de 48 anos ($\pm 8,8$). Prevaleram mulheres (84,2%), com companheiro (68,4%), com nível superior completo (94,7%).

Tabela 1. Caracterização dos participantes do programa de emagrecimento. Jequié-BA, 2020.

CARACTERÍSTICAS	n (%)
Sexo	
Feminino	16 (84,2)
Masculino	3 (15,8)
Situação marital	
Com companheiro	13 (68,4)
Sem companheiro	6 (31,6)
Nível de escolaridade	
Superior incompleto	1 (5,3)
Superior completo	18 (94,7)

Fonte: Prontuário Clínico.

Esses participantes foram então submetidos a um programa de emagrecimento. Para a avaliação do perfil lipídico, foram adotados os valores aumentado ou desejável. Assim, os pontos de corte estabelecidos, com jejum, foram: CT < 190 mg/dL (desejável); LDL-c < 130 mg/dL (aumentado); HDL-c > 40mg/dL (desejável); TG < 150 mg/dl (desejável) (PRECOMA; et al., 2019).

Na tabela 2 é possível verificar o perfil lipídico pré e pós intervenção. Nota-se uma melhora na totalidade dos parâmetros avaliados como redução do colesterol total (198-168), LDL (122,6-104), VLDL (20-18) e TLG (104,5-86), sendo esta última diferença estatisticamente significativa.

Tabela 2. Mediana e intervalo interquartil (IQ) do perfil lipídico dos participantes pré e pós intervenção. Jequié-BA, 2020.

	Pre	Pós	p
	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	
CT	198 (169,5-209,0)	168 (150,5-197,5)	0,08
HDL-c	43,5 (39,5-49,5)	44,5 (39,5-54,0)	0,13
LDL-c	122,6 (105,5-140,5)	104 (75,0-125,0)	0,09
VLDL	20 (14,8-21,0)	18 (14,0-25,0)	1,00
TGL	104,5 (89,0-177,0)	86 (64,0-98,0)	0,04*

Fonte: Prontuário Clínico.

No que diz respeito as avaliações antropométricas e de bioimpedância evidencia-se, de forma similar aos parâmetros do lipidograma, redução na totalidade dos componentes avaliados, com destaque a maior redução do peso 74,0 Kg para 64,5 Kg; conseqüentemente do IMC de 30,0 Kg/m² para 25,5 Kg/m²; do PGC de 41,0% para 36,0% (Tabela 3).

Tabela 3. Indicadores antropométricos e de bioimpedância dos participantes pré e pós intervenção. Jequié-BA, 2020.

	Pre	Pós	p
	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	
Peso	74,0 (68,0-106,0)	64,5 (60,3-82,8)	< 0,01*
IMC	30,0 (24,6-37,0)	25,5 (23,0-30,8)	< 0,01*
RCQ	0,99 (0,92-1,08)	0,95 (0,9-1,01)	< 0,01*
MM	23,4 (21,1-26,2)	23,2 (21,6-26,1)	0,36
MG	26,6 (22,4-46,3)	23,6 (20,3-35,8)	< 0,01*
ACT	30,3 (28,3-35,0)	30,3 (28,3-34,6)	0,57
MLG	41,4 (38,4-47,7)	41,2 (38,7-47,2)	0,76
PGC	41,0 (35,2-48,7)	36,0 (33,6-43,3)	< 0,01*
TMB	1296 (1205-1400)	1283 (1234-1389)	0,31

Fonte: Prontuário Clínico.

Em relação aos estágios motivacionais em que se encontram os participantes do protocolo de emagrecimento, 16 (84,21%) concentram-se no estágio de pré-contemplação, no qual o participante não considera o comportamento problema como sendo um problema, e 3 (15,79%) no estágio de contemplação, caracterizado como um período de ambivalência entre mudar ou manter o comportamento. Nenhum dos participantes do protocolo estava no estágio de ação ou no estágio de manutenção (Tabela 4).

Tabela 4. Autopercepção da adesão ao protocolo de emagrecimento. Jequié-BA, 2020.

ESTÁGIO	Nº	%
Pré-contemplação	16	84,21
Contemplação	3	15,79
Ação	0	0
Manutenção	0	0
TOTAL	19	100

Fonte: Prontuário Clínico.

Para saber o valor de prontidão de cada participante do protocolo, este estudo considerou o somatório simples do escore de prontidão dos participantes, dividido pelo número total de informantes, obtendo a pontuação de 7,02 como média geral da amostra. Uma vez obtida a média geral, verificou-se o nível de motivação de cada participante, sendo que estando acima da média seria considerado motivado para mudar o comportamento problema e, estando abaixo, seria considerado desmotivado (Tabela 5).

Tabela 5. Prontidão para a mudança de comportamento problema dos participantes. Jequié-BA, 2020.

PRONTIDÃO PARA MUDANÇA	Nº	%
Motivado	9	47,34
Desmotivado	10	52,63
TOTAL	19	100

Fonte: Prontuário Clínico.

DISCUSSÃO

Nesta amostra, 84,2% dos participantes do protocolo de emagrecimento, são mulheres. Essa predominância feminina na participação de grupos para controle do peso também foi observada em outro estudo²⁴ em que a amostra foi composta por mulheres adultas. Esse resultado já era esperado, uma vez que a busca pela redução e controle do excesso ponderal também está associada a maior preocupação das mulheres com questões da saúde e da estética^{25,26}.

Além disso, estudo²⁷ sobre a fisiopatologia da obesidade e ciclicidade do peso, revela uma alta porcentagem de indivíduos que se consideram “cicladores” em relação ao peso

corporal. Da mesma maneira, foi identificado que mulheres são mais “cicladoras”, fazem mais dietas hipocalóricas e apresentam episódios de compulsão alimentar com maior frequência do que os homens, o que por sua vez, tende a contribuir para uma maior participação das mulheres em protocolos de emagrecimento.

Referente à situação marital, a maioria dos participantes do protocolo (68,4%) tem companheiro(a), ou seja, neste estudo, compreendido como casado(a) ou em união estável. Este achado é semelhante a estudo que evidencia risco de ganho de peso quando há um comprometimento conjugal²⁸. Outro estudo²⁹ apresentou resultado similar e sugere que a situação marital com companheiro pode influenciar no ganho de peso, devido as mudanças comportamentais e sociais que contribuem para o aumento da ingestão calórica e diminuição do gasto energético.

No que se refere ao nível de escolaridade dos informantes, os resultados apontam que 94,7% apresenta nível superior completo e 5,3% superior incompleto. Em pesquisa realizada com o objetivo de investigar determinantes sociais relacionados ao excesso ponderal, observou-se que a escolaridade foi considerada um fator protetor para o excesso de peso em mulheres, porém um fator de risco para os homens²⁸.

Os resultados do perfil lipídico pré e pós de protocolo de emagrecimento, revelaram que, com exceção do HDL-c com aumento de 43,5 para 44,5 mg/dL, todos os demais parâmetros analisados apresentaram redução na mediana do perfil lipídico (CT de 198 para 168 mg/dL; LDL-c de 122,6 para 104 mg/dL; VLDL de 20 para 18 mg/dL e TGL de 104,5 para 86 mg/dL). Os dados permitem concluir que todos os participantes do protocolo tiveram seus níveis séricos diminuídos após a intervenção.

Os dados do presente estudo revelaram, ainda, que a mediana pré protocolo do HDL-c, já apresentava nível sérico > 40 mg/dL (43,5 mg/dL), considerado valor desejável. Diferente do que foi identificado neste estudo, em outros estudos^{30,31} a alteração mais frequente foi da

fração de HDL-c, considerada fator de risco aumentado para doenças crônicas, particularmente a aterosclerose.

Postula-se que, o rastreamento das principais complicações do excesso ponderal é feito pela avaliação clínica e por outros marcadores, a exemplo do perfil lipídico. Nesse sentido, os resultados, mediana e interquartil (IQ) do perfil lipídico, mostraram que houve alterações quantitativas com redução significativa em todos os marcadores. Apontam que, com a realização do protocolo de emagrecimento e um adequado acompanhamento clínico, houve uma melhora significativa nos marcadores de risco para excesso ponderal e suas complicações.

Apesar de não haver um consenso sobre os efeitos da perda ponderal na melhora dos marcadores do perfil lipídico, sabe-se que o excesso ponderal se associa diretamente a alterações no perfil lipídico. Nesse sentido, em alguns estudos a perda de peso contribui para a diminuição do CT, HDL-c e LDL-c, enquanto que em outros não há evidências de modificação ou até há um aumento do peso e, de modo semelhante, as concentrações de triglicérides (TG) geralmente permanecem iguais ou diminuem³².

Para Faludi, et al.⁵, a realização da atividade física melhora a estrutura e função vascular, mostrando-se como importante prática para a prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares. Para além deste aspecto, apesar de não existirem evidências quanto seus efeitos nos níveis absolutos de LDL-c, os efeitos nos níveis de HDL-c e nos níveis plasmáticos de TG são muito significativos. Entretanto, é importante destacar que práticas de atividade física não devem começar sem antes o indivíduo realizar uma avaliação clínica para mensurar a capacidade cardiovascular, metabólica em esforço e física.

Frente ao avanço acelerado do sobrepeso e obesidade em todas as regiões do mundo, tem-se aumentado o interesse pela quantificação da gordura corporal e sua distribuição. De modo semelhante, observa-se que os métodos de medidas da composição corporal, devido

maior acurácia nas determinações, tem sido utilizados como importante instrumento no entendimento do excesso ponderal e sua associação com as comorbidades relacionadas³³.

Ressalta-se, também, que o excesso de gordura corporal (acúmulo de tecido adiposo localizado ou generalizado) gera um processo inflamatório silencioso e crônico. Contudo, observa-se que a composição corporal adequada é de vital importância para a manutenção da saúde global e controle dos riscos para desenvolver comorbidades relacionadas³³.

Em relação a avaliação da composição corporal, a análise da bioimpedância elétrica serviu para determinar os parâmetros de interesse clínico como peso; IMC; RCQ; MM; MG; ACT; MLG; PGC e TMB, entre outros. Ressalta-se que, os valores destes parâmetros são importantes, entre outros aspectos, para a avaliação nutricional, o monitoramento de pacientes com excesso ponderal e até o prognóstico de algumas doenças^{11,12}.

Nesse sentido, ao comparar os resultados pré e pós participação no protocolo de emagrecimento, constatou-se que os resultados apontaram para uma redução de todos os componentes avaliados, com maior destaque para a redução do peso, que em sua mediana saiu de 74,0Kg para 64,5Kg e, do IMC que saiu de 30,0 kg/m² para 25,5 kg/m². A redução de 4,5 kg/m² na mediana do IMC é um valor considerável, uma vez que os participantes saíram da situação de obesos (IMC igual ou superior a 30 kg/m²) para a situação de sobrepeso (IMC igual ou superior a 25 kg/m²), conforme estabelecido pelo teste padrão para diagnóstico do excesso ponderal¹.

A mudança de comportamento de indivíduos com excesso ponderal é indispensável para o sucesso daqueles que se submetem a qualquer intervenção. Não por acaso, entende-se que um dos primeiros passos para se realizar uma boa intervenção, em termos de inclusão de novos hábitos, é avaliar a prontidão para a mudança de comportamento, pois determina a importância que o indivíduo dá ao seu problema e o quanto está disposto a mudar seu estilo de vida^{34,35}.

No presente estudo, observou-se um equilíbrio entre os indivíduos que estão motivados a mudar seu estilo de vida (47,34%) e aqueles que estão desmotivados e ainda não apresentam planos bem definidos para a mudança de comportamento (52,63%). Nesse caso, não basta apenas realizar a dietoterapia, participando do protocolo de emagrecimento, sem uma efetiva modificação dos hábitos. Entende-se que, para além disso, é indispensável a internalização de regras de boas práticas alimentares e da realização de atividades físicas regulares, de modo que seja possível identificar o quão pronto o participante está ou não para a mudança^{36,18}.

A maioria absoluta dos participantes deste estudo (84,21%) estava no estágio de pré-contemplação, indicando que não reconhecem o comportamento problema, ou mesmo não percebem prejuízos ou riscos que justifiquem a necessidade de mudança, razões pela qual não apresentam nenhuma intenção de adotar comportamento mais saudável.

Os demais participantes do protocolo (15,79%) estavam situados no estágio da contemplação, indicando que há o reconhecimento do problema e dos benefícios gerados pela mudança de comportamento. Entretanto, diversas barreiras impedem a ação desejada, prevalecendo um conflito entre manter o prazer momentâneo, gerado pelo consumo alimentar, ou privar-se dele e comprometer-se com a mudança.

Foi possível, ainda, identificar por meio dos resultados, que nenhum dos participantes do protocolo encontrava-se no estágio da ação, quando o indivíduo através de ações concretas faz esforços para mudar o comportamento; ou no estágio da manutenção, quando o indivíduo após incorporar o novo estilo de vida, toma medidas para manter a mudança de comportamento e prevenir recaídas.

Em estudo que objetivou avaliar o consumo e o controle da ingestão alimentar, foi revelado que em relação ao comportamento alimentar, o estágio da pré-contemplação corresponde àquele em que o indivíduo não reconhece suas práticas alimentares como inadequadas, não dispondo de motivação necessária para adesão de novos comportamentos³⁶.

Em um primeiro momento, é possível apontar o interesse dos participantes, em buscar tratamento através do protocolo de emagrecimento, revelando uma característica do estágio de ação. Entretanto, ao analisar os resultados do estudo, observa-se que os participantes ainda não estavam prontos e motivados o suficiente para realizar as mudanças dos comportamentos que trazem prejuízos a saúde. Resultado semelhante aos nossos achados, em que maioria dos indivíduos se encontravam em pré-contemplação, foram identificados em estudo, que buscou investigar o estágio motivacional em que se encontrava pacientes com sobrepeso ou obesidade³⁷.

Faz-se claro o entendimento de que, quando se fala em redução e controle do excesso ponderal, principalmente por meio de mudanças de hábitos alimentares e práticas de atividades físicas regulares, são vários comportamentos envolvidos que precisam ser considerados em sua complexidade. Assim, torna-se importante considerar os estágios de prontidão em relação a cada um dos comportamentos adotados pelos participantes do protocolo e que, envolve mudanças no estilo de vida³⁸.

CONCLUSÃO

Esse estudo cumpriu com os seus objetivos de avaliar os níveis lipídico e antropométricos, bem como investigar o estágio motivacional dos participantes de um protocolo de emagrecimento. Nesse sentido, selecionou, organizou e analisou evidências sobre alguns marcadores de risco para o excesso ponderal e suas complicações, reveladas na diminuição dos níveis séricos do perfil lipídicos e dos parâmetros antropométricos, além de reunir elementos indicativos de que os participantes não reconhecem o comportamento problema e os riscos a ele associado.

Dessa forma, os resultados sugerem que, apesar do interesse em realizar o protocolo, os desafios são muitos e nem sempre os participantes apresentaram forças suficientes para resistir.

Nesta circunstância, faz-se necessário acompanhamento profissional, desde antes do início do protocolo, para identificar e intervir junto aos indivíduos, buscando aumentar a motivação para a mudança de comportamento e, conseqüentemente, contribuir para o sucesso da intervenção.

Certamente, há necessidade de maior produção de estudos sobre intervenções e estratégias de enfrentamento ao excesso ponderal. Ressalta-se, entretanto, que os achados do estudo abrem possibilidades concretas para que, em pesquisas futuras, novas análises, sejam exploradas, na tentativa de produzir conhecimentos para minimizar os impactos negativos do excesso ponderal.

Foi possível concluir que a redução e o controle do excesso ponderal se relacionam diretamente com as mudanças de comportamentos, que envolve modificações no estilo de vida, adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividades físicas regulares e gestão das emoções. Dessa forma, acredita-se que aqueles que buscam resultados rápidos e fáceis, tendem a recair, pois a tomada de decisão não considera a prontidão para a mudança. Nesse caso, a adesão ao processo de mudança se apresentou como um grande desafio, pois a motivação é intrínseca e, cada indivíduo tende a criar suas expectativas de forma particular.

Apresenta-se como possível limitação do estudo, o pequeno número de informantes que impossibilita a generalização dos resultados e o fato de ser um estudo transversal, que avaliou um único período da vida dos indivíduos participantes do protocolo de emagrecimento. Pressupõe-se, entretanto, que apesar das limitações, os resultados revelam a relevância do estudo, demonstrando que o tema merece, de fato, ser explorado.

Finalmente, é importante esclarecer que temas desta natureza produzem conhecimentos por vezes limitados. Espera-se, portanto, que este estudo possa contribuir para evidenciar que, a principal estratégia para mudar e controlar o excesso ponderal é a manutenção de bons hábitos e bons comportamentos visando não simplesmente a perda do peso, mas principalmente a saúde em sua plenitude.

REFERÊNCIAS

- 1 Fao, Ops, Wfp y Unicef. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago, 2019, 135p. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 2 Boguszewski CL, Paz-Filho GJ. Regulação Periférica do Balanço Energético. In.: Mancini MC, et al. Tratado de obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 3 Who. World Health Organization. Obesity and overweigny – Fact sheet. N° 311 updated march, 2013.
- 4 Precoma DB, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 113, n. 4, p. 787-891, Oct. 2019.
- 5 Faludi AA, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 109, n. 2, supl. 1, p. 1-76, Aug. 2017.
- 6 Sampaio LR, et al. Avaliação bioquímica do estado nutricional. In: Sampaio LR (Org.). Avaliação nutricional [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, pp.
- 7 Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, 2017.
- 8 Who. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO, 2014 Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148144/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>.

ACESSO em: 03 jan. 2020.

- 9 Abeso. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4. ed. São Paulo-SP, 2016.
- 10 Eickemberg M, et al. Bioimpedância Elétrica. In: Sampaio, Lílian Ramos (Org.). Avaliação nutricional [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, pp.
- 11 Fernandez M, et al. Avaliação da gordura corporal em pacientes obesas no pré-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo, v. 29, supl. 1, p. 59-61, 2016.
- 12 Silva MM, Carvalho RSM, Freitas MB. Bioimpedância para avaliação da composição corporal: uma proposta didático-experimental para estudantes da área da saúde. Rev. Bras. Ensino Fís., São Paulo, v. 41, n. 2, 2019.
- 13 Halpern ZSC, Rodrigues MDB. Redução da densidade energética no tratamento da obesidade no adulto. In.: Mancini MC, et al. Tratado de obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 14 Basciani S, Costantini D, Contini S, et al. Safety and efficacy of a multiphase dietetic protocol with meal replacements including a step with very low calorie diet. Endocrine. 48(3):863-870, 2015.
- 15 Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good. Harper Collins Books, 1994. p. 304.
- 16 Pinto MR. A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) e o Índice de Disposição de Adoção de Produtos e Serviços Baseados em Tecnologia (TRI): Uma Interface Possível?. Revista Gestão & Tecnologia, Pedro Leopoldo, v. 7, n. 2, p. 1-13, ago./dez. 2007.

- 17 Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, Dec. 2007.
- 18 Ludwig MWB. Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT): o que é e como se aplica. In.: Oliveira MS, Boff RM, Cazassa MJ, DiClemente C. *Por que é tão difícil mudar?: Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na prática clínica e na promoção de saúde*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017. 320p.
- 19 Oliveira MS, Boff RM, Cazassa MJ, DiClemente C. *Por que é tão difícil mudar?: Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na prática clínica e na promoção de saúde*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017. 320p.
- 20 Kuchar J. Identificação dos Estágios Motivacionais para a Mudança em Candidatos e Usuários de Aparelhos de Amplificação Sonora Individuais. [Dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2012.
- 21 Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. 7th. Belmont: Brooks/Cole; 2010.
- 22 Bittencourt SA, Lucena-Santos P, Oliveira MS. Motivação para mudança: análise fatorial da URICA para hábitos alimentares. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 17, n. 3, p. 497-505, set./dez. 2012.
- 23 Bittencourt SA. *Motivação para a mudança: adaptação e validação da Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
- 24 De Melo LM, et al. Grupo terapêutico para obesidade: metodologia adotada, perfil nutricional e impacto alcançado. *Revista Guará*, n. 03, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/guara/article/view/9836/6658>. Acesso em: 19 set. 2019.

- 25 Moraes CF, Oliveira MS. A entrevista motivacional em grupos de obesas no tratamento da compulsão alimentar periódica. *Aletheia*. 2011;35-36:154-67.
- 26 Macedo TTS, et al. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 505-510, 2015.
- 27 Angelucci AP, Mancini MC. Fisiopatologia da obesidade e da ciclicidade do peso. In.: Mancini MC, et al. *Tratado de obesidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 28 Andrade RG, et al. Excesso de peso em homens e mulheres residentes em área urbana: fatores individuais e contexto socioeconômico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, p. 148-158, Nov. 2015.
- 29 Santiago JCS, Moreira TMM, Florencio RS. Associação entre excesso de peso e características de adultos jovens escolares: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 250-258, Apr. 2015.
- 30 Enes CC, Silva JR. Associação entre excesso de peso e alterações lipídicas em adolescentes. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4055-4063, Dec. 2018.
- 31 Pereira PB, et al. Perfil lipídico em escolares de Recife - PE. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 95, n. 5, p. 606-613, Oct. 2010.
- 32 Beyruti M. Dieta de muito baixas calorias. In.: Mancini MC, et al. *Tratado de obesidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 33 Zanella MT, Ribeiro Filho FF. Avaliação da composição corporal. In.: Mancini MC, et al. *Tratado de obesidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 34 Evilaqua CA, Pelloso SM, Marcon SS. Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, e2809, 2016.

- 35 DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *Am J Addict.* 2004;13(2):103-19.
- 36 Mourão DM, Bressan J. Avaliação da ingestão e do comportamento alimentar. In.: Mancini MC, et al. *Tratado de obesidade.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 37 Leao JM, et al. Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. *J. bras. psiquiatr.,* Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 107-114, June 2015.
- 38 Boff RM et. al. Modificações de hábitos alimentares e sedentarismo em adolescentes com sobrepeso e obesidade. In.: Oliveira, MS, Boff RM; Cazassa MJ; DiClemente CC. *Por que é tão difícil mudar?: Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na prática clínica e na promoção de saúde.* Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estabelecer medidas de controle e prevenção, frente ao crescente cenário da prevalência do excesso ponderal, apresenta-se como um dos grandes desafios da sociedade moderna. Constata-se que a realização de um protocolo de emagrecimento se apresenta como um primeiro passo a ser dado em direção a mudança de comportamento necessária para o sucesso na luta contra o peso.

Nesse contexto, utilizando-se do método misto, o presente estudo buscou integrar a compatibilidade e complementariedade dos dados quantitativos e qualitativos com a finalidade de analisar as estratégias educativas para prevenção e controle do excesso ponderal que foram utilizadas por indivíduos participantes de um protocolo de emagrecimento.

Verificou-se, que algumas estratégias educativas, a exemplo da reeducação alimentar e práticas de atividade física regular são indispensáveis no combate ao excesso ponderal. Não menos importante, estratégias como utilização das tecnologias de comunicação e participação em grupos terapêuticos, também devem ser incorporadas como essenciais, uma vez que tende a contribuir com os indivíduos no processo motivacional que conduz as mudanças de comportamento que estimulem a emancipação dos indivíduos e o fortalecimento da gestão pela qualidade de vida.

Foram identificados sentimentos de abandono ao final do programa de emagrecimento, que pode ser apontado como gatilho para retorno de hábitos alimentares não saudáveis e sedentarismos. Nesse caso, torna-se necessário um olhar atento para as potencialidades que foram construídas durante o protocolo, e quando trabalhadas adequadamente reforçam a mudança de comportamento e a construção da autonomia dos participantes.

Sobre os elementos que favorecem o conhecimento da percepção dos participantes do protocolo sobre as dificuldades e os benefícios no controle do excesso ponderal, observa-se benefícios na saúde, autoestima e qualidade de vida dos participantes. Entretanto, o estudo também revela dificuldades em manter as mudanças de comportamento e a vivência de processo ansiogênico, permeado por angústia e frustração, o que pode contribuir para o reganho de peso e retorno aos velhos hábitos alimentares.

Nessa perspectiva, há que se considerar a possibilidade de diminuir os riscos de retorno aos velhos hábitos que conduzem ao reganho de peso e, como um caminho possível aponta-se para a continuidade da abordagem multiprofissional após a conclusão do protocolo, por meio de acompanhamento clínico.

Quanto a avaliação dos níveis lipídicos e antropométricos pré e pós participação no protocolo de emagrecimento, bem como a investigação sobre o estágio motivacional que se encontra os indivíduos que se submeteram ao protocolo, é interessante apontar que todos os parâmetros do perfil lipídico, de todos os componentes antropométricos e da bioimpedância apresentaram melhoras significativas. No entanto, o estágio motivacional indicou que os participantes não reconhecem o comportamento problema e, conseqüentemente, não vê razão para adoção de estratégia para mudança de comportamento.

Diante do todo exposto, entende-se que a principal estratégia para redução e controle do excesso ponderal é a mudança de comportamento, que envolve a incorporação de hábitos alimentares saudáveis e realização de práticas de atividade física regular. Daí que, urge a necessidade de fortalecer os indivíduos, não apenas quanto a mudança no estilo de vida, mas também e, principalmente, quanto a gestão da emoção.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira Para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2019.
- ADA. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2013. **Diabetes Care**, v. 36 (Supplement 1), p. S11-S66, 2013.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** v.9 n.16 Botucatu set./fev. 2005.
- ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FERREIRA, Márcia de Assunção. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-319, June 2007.
- ANASTÁCIO, Lucilene Rezende et al. Excesso de peso em pacientes submetidos ao transplante hepático. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Dez 2013, vol.40, no.6, p.502-507. ISSN 0100-6991
- ANDRADE, Roseli Gomes de et al. Excesso de peso em homens e mulheres residentes em área urbana: fatores individuais e contexto socioeconômico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, p. 148-158, Nov. 2015.
- ANGELUCCI, Adriana P.; MANCINI, Marcio C. Fisiopatologia da obesidade e da ciclicidade do peso. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3ª reimp. da 1ª edição de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BASCIANI, Sabrina; COSTANTINI, Daniela; CONTINI, Savina; et al. Safety and efficacy of a multiphase dietetic protocol with meal replacements including a step with very low calorie diet. **Endocrine**. 48(3):863-870, 2015.
- BERNARDI, Fabiana; CICHELERO, Cristiane; VITOLO, Márcia Regina. **Comportamento de restrição alimentar e obesidade**. Rev. Nutr. [online]. 2005, vol.18, n.1, pp. 85-93. ISSN 1678-9865.
- BEYRUTI, Mônica. Dieta de muito baixas calorias. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- BITTENCOURT, Simone Armentano. **Motivação para a mudança**: adaptação e validação da Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o

comportamento de comer compulsivo. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.

BITTENCOURT, Simone Armentano; LUCENA-SANTOS, Paola; OLIVEIRA Margareth da Silva. Motivação para mudança: análise fatorial da URICA para hábitos alimentares. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 17, n. 3, p. 497-505, set./dez. 2012.

BOGUSZEWSKI, César Luiz; PAZ-FILHO, Gilberto Jorge da. Regulação Periférica do Balanço Energético. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. **Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009). **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Brasília-DF, 2010.

CALLIARI, Luís Eduardo; KOCHI, Cristiane. Síndrome metabólica na infância e na adolescência. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CALLO, Gabriela; et al. Excesso de peso/obesidade no ciclo da vida e composição corporal na idade adulta: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982. **Cad. Saúde Pública**, 2016, vol.32, no.4. ISSN 0102-311X

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do

posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASTELLANOS, Marcelo E. P.; TRAD, Leny Alves Bomfim; BESSA JORGE, Maria Salete; LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda (Orgs). **Cronicidade [e-book]**: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: EdUECE, 2015. 602p.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Obesity - Halting the epidemic by making health easier**. At A Glance 2011. Disponível em http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/pdf/2011/Obesity_AAG_WEB_508.pdf. Acesso em: 27/12/19.

COSTA, Emilia Chagas; et al. Evolução do excesso de peso e fatores associados em mulheres de 10 a 49 anos em Pernambuco, Nordeste, Brasil. **Rev. Nutr.**, Out 2014, vol.27, no.5, p.513-524. ISSN 1415-5273

COUTINHO, J.G. et al. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, 24(Sup 2):S332-S340, 2008.

COUTINHO, Walmir; LINS, Ana Paula Machado. Custo econômico da obesidade no Brasil e no Mundo. In.: MANCINI, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CRESWELL, Jonh W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de métodos mistos**. 2.ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288p.

DÂMASO, Ana R.; SANCHES, Priscila de Lima. Exercício físico no tratamento da obesidade I: como prescrever? In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

DÂMASO; A. R. et al. Etiologia da Obesidade. In: DÂMASO, A.R. (Coord.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.3-34.

DAMIANI, Durval; DAMIANI, Daniel; COMINATO, Louise. Avaliação da obesidade na infância e na adolescência. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

DANTAS, Rafaela Ramos; SILVA, Giselia Alves Pontes da. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 37, n. 3, p. 363-371, Sept. 2019.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, Sept. 2013.

DE MELO, Letícia Maria et al. Grupo terapêutico para obesidade: metodologia adotada, perfil nutricional e impacto alcançado. **Revista Guará**, n. 03, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/guara/article/view/9836/6658>. Acesso em: 20 jan. 2020.

DI CESARE, M.; BENTHAM, J.; STEVENS, G. A.; ZHOU, B.; DANAEI, G.; LU, Y.; ... NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: A pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. **The Lancet**, 2016; 387: 1377–1396. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30054-X Lancet

DIAS, Patrícia Camacho; et al. Obesidade e Políticas Públicas: Concepções e Estratégias Adotadas Pelo Governo Brasileiro. **Cad. Saúde Pública (Online)**. 2017. V. 33, nº 7, p. 6016.

DICLEMENTE CC, SCHLUNDT D, GEMMELL L. Readiness and stages of change in addiction treatment. **Am J Addict**. 2004;13(2):103-19.

DICLEMENTE, Carlo C. O modelo Transteórico: implicações para a clínica e para a saúde pública. OLIVEIRA, Margareth da Silva; BOFF, Raquel de Melo; CAZASSA, Milton José; DICLEMENTE, Carlo. **Por que é tão difícil mudar?:** Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na prática clínica e na promoção de saúde. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.

DUCHESNE, Mônica. Importância de medidas cognitivo-comportamentais no tratamento da obesidade. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

EICKEMBERG, Michaela; et al. Bioimpedância Elétrica. In: SAMPAIO, Lílian Ramos (Org.). **Avaliação nutricional [online]**. Salvador: EDUFBA, 2012, pp.

ENES, Carla Cristina; SILVA, Jessica Rondoni. Associação entre excesso de peso e alterações lipídicas em adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4055-4063, Dec. 2018.

EVILAQUA, Cheila Aparecida; PELLOSO, Sandra Marisa; MARCON, Sonia Silva. Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2809, 2016.

FALUDI, André Arpad et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 2, supl. 1, p. 1-76, Aug. 2017.

FAO, OPS, WFP y UNICEF. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago, 2019, 135p. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

FEIO, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.2, p.703-715, 2015.

FERNANDEZ, Mônica et al. AVALIAÇÃO DA GORDURA CORPORAL EM PACIENTES OBESAS NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 29, supl. 1, p. 59-61, 2016.

FERREIRA, V. F., ROCHA, G. O. R., LOPES, M. M. B., SANTOS, M. S. & MIRANDA, S. A. (2014). Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. educ. saúde**. 12(2), 363-378.

FLORENCIO, Raquel Sampaio et al. Excesso ponderal em adultos jovens escolares: a vulnerabilidade da autopercepção corporal distorcida. **Rev. Bras. Enferm.**, Abr 2016, vol.69, no.2, p.258-265. ISSN 0034-7167

FRANQUES, A. R. M. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: a participação do psicólogo. In: GARRIDO JUNIOR, A. B., **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 74-79.

FRANQUÊS, Aída R. Marcondes; BENEDETTI, Carmen. Autoimagem e autoestima do obeso mórbido. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 46ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, Suzana Dias. **Evidências de validade da “escala de auto-eficácia para abstinência de drogas” (eaad) e da “escala de tentação para uso de drogas” (estud) em dependentes de cocaína e crack internados**. Dissertação [Mestrado em Psicologia Clínica]. Faculdade de Psicologia da PUCRS. Porto Alegre-RS, 2009. 120f.

FREITAS, Patrícia Pinheiro de et al. Excesso de peso e ambiente de trabalho no setor público municipal. **Rev. Nutr.**, Ago 2016, vol.29, no.4, p.519-527. ISSN 1415-5273

GIGANTE, Denise Petrucci; et al. Obesidade da população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil e associação com nível sócio-econômico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1873-1879, Sept. 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIUGLIANO, Rodolfo; CARNEIRO, Elizabeth C. **Fatores associados à obesidade em escolares**. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2004, vol.80, n.1, pp. 17-22. ISSN 1678-4782.

GOMES, Grace Angélica de Oliveira et al. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 263-270, Sept. 2019.

GOMES, Romeu. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

HAGGER, Martin S.; CHATZISARANTIS, Nikos L. An integrated behavior change model for physical activity. **Med Sci Sports Exerc** 2014;42(2).

HALPERN, Zuleika Salles Cozzi; RODRIGUES, Mariana del Bosco. Redução da densidade energética no tratamento da obesidade no adulto. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

HORTA, Paula Martins et al. Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Dez 2013, vol.34, no.4, p.121-129. ISSN 1983-1447

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/.html?>. Acesso em: 5 dez. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 25. 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaud e.pdf (acesso em 25nov.2017).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2002-2003)**. 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 15Out.2015.

KAC, Gilberto; VELASQUEZ-MELENDZ, Gustavo. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S4-S5, 2003

KUCHAR, J. **Identificação dos Estágios Motivacionais para a Mudança em Candidatos e Usuários de Aparelhos de Amplificação Sonora Individuais**. [Dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LAMOUNIER, Joel Alves; PARIZZI, Márcia Rocha. **Obesidade e saúde pública**. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.6, pp. 1497-1499. ISSN 1678-4464.

LEAO, Juliana Medeiros et al. Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 107-114, June 2015.

LIMA, Ana Carolina Rimoldi de; OLIVEIRA, Angélica Borges Oliveira. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. **Mudanças**. 2016;24(1):1-14

LOPES FILHO, Arnaldo Lopes; LIVRAMENTO, Maria Lúcia. Função psicossocial da obesidade. In.: MANCINI, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

LUDWIG, Martha Wallig Brusius. Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT): o que é e como se aplica. In.: OLIVEIRA, Margareth da Silva; BOFF, Raquel de Melo; CAZASSA, Milton José; DICLEMENTE, Carlo. **Por que é tão difícil mudar?:** Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na prática clínica e na promoção de saúde. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017. 320p.

MACEDO, T. T. S. et al. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 505-510, 2015.

MACHADO, Ísis Eloah et al. Fatores associados ao excesso de peso em adultos usuários de restaurantes populares em Belo Horizonte, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Maio 2014, vol.19, no.5, p.1367-1377. ISSN 1413-8123

MACLEAN, P. S. et al. Biology's response to dieting: the impetus for weight regain. **Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol**; 301: 581-600, 2011.

MAGALHÃES, Elma Izze da Silva et al. Prevalência e fatores associados ao ganho de peso gestacional excessivo em unidades de saúde do sudoeste da Bahia. **Rev. bras. epidemiol.**, Dez 2015, vol.18, no.4, p.858-869. ISSN 1415-790X

MAGALHAES, Karla de Souza; MARQUES, Roberta Sá Fortes; COUTINHO, Fernanda Corrêa. "Eu não brigo, eu engulo": contribuições de um grupo terapêutico para pacientes obesos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 186-202, dez. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Abr 2016, vol.21, no.4, p.1061-1069. ISSN 1413-8123

MANCINI, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MANZONI, Gian Mauro; et al.. **Internet – Based Behavioral Interventions for Obesity**: An Updated Systematic Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. V.7, p.19-28, 2011.

MARIE, Ng; et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Publicado em: 28 Mai. 2014.

MATTOS, Rafael da Silva; LUZ, Madel Therezinha. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000200014>.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, Feb. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. **Entrevista motivacional**: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MITCHELL, Sheona; SHAW, Dorothy. The worldwide epidemic of female obesity. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Netherlands, v.29, n.3, p.289-299, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25487257>> Acesso em: 15dez. 2019.

MONTEIRO, Carlos Augusto; MONDINI, Lenise; SOUZA, Ana Lúcia Medeiros de; POPKIN Barry. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA, ed. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do País e de suas doenças. 2ªed aum. São Paulo: Hucitec-Nupens/USP, 2000: 247–55.

MORAES CF, OLIVEIRA MS. A entrevista motivacional em grupos de obesas no tratamento da compulsão alimentar periódica. **Aletheia**. 2011;35-36:154-67.

MOURÃO, Denise Machado; BRESSAN, Josefina. Avaliação da ingestão e do comportamento alimentar. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

NAASO/NHLBI. North American Association for the Study of Obesity (NAASO) and National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). **The Practical Guide**: Identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. NIH Publication #00-4084, Oct 2000.

OLIVEIRA, Leyla Márcia Ramos et al. Tecnologia mHealth na prevenção e no controle de obesidade na perspectiva do letramento em saúde: Lisa Obesidade. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 714-723, Sept. 2018.

OLIVEIRA, Margareth da Silva; BOFF, Raquel de Melo; CAZASSA, Milton José; DiCLEMENTE, Carlo. **Por que é tão difícil mudar?**: Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na prática clínica e na promoção de saúde. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017. 320p.

OMS. **Carta de Ottawa**. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986 [acesso em 21 jun 2018]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

OMS. *Organização Mundial de Saúde. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social, Science and Medicine*, 46(12), 1998, 1569-1585.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória. Documento de Referência Técnica REGULA. Washington, DC; OPAS, 2016.

PALMEIRA, Cátia Suely; et al. Percepções acerca da condição de saúde de pessoas com obesidade. **Rev Rene**. 2016 set-out; 17(5):724-31.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Gestão Participativa, Controle Social e Educação Popular em Saúde: socializando saberes e práticas. In.: VASCONCELOS, Eymard Mourão; PRADO, Ernande Valentin do (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte [online]**. vol. 26, n.2, pp. 241-250. ISSN 1807-5509, 2012

PEREIRA, Ingrid Freitas da Silva; SPYRIDES, Maria Helena Constantino; ANDRADE, Lára de Melo Barbosa. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, e 00178814, 2016.

PEREIRA, Patrícia Brazil et al. Perfil lipídico em escolares de Recife - PE. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 5, p. 606-613, Oct. 2010.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de and CORSO, Arlete Catarina Tittoni. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. Rev. Nutr. [online]. 2004, vol.17, n.4, pp. 523-533. ISSN 1678-9865.

PINHEIRO, Macelly de Moraes et al. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutr.**, Out 2016, vol.29, no.5, p.679-689. ISSN 1415-5273

PINTO, Maria Soraia; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Coletiva**. 2010; 20(2):443-57.

PINTO, Marcelo de Rezende. A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) e o Índice de Disposição de Adoção de Produtos e Serviços Baseados em Tecnologia (TRI): Uma Interface Possível?. **Revista Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v. 7, n. 2, p. 1-13, ago./dez. 2007.

PRECOMA, Dalton Bertolim et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 113, n. 4, p. 787-891, Oct. 2019.

PROCHASKA, J. O, NORCROSS J.C. **Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis**. 7th. Belmont: Brooks/Cole; 2010.

PROCHASKA, James O.; DiCLEMENTE, Carlo C.. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 20, p. 161-173, 1982.

PROCHASKA, James O.; DiCLEMENTE, Carlos C.; NORCROSS, John C. In.: search of how people change: applications to addictive behaviour. **American Psychologist**, Washington, v. 47, p. 1102-1114, 1992.

PROCHASKA, James O.; NORCROSS, John C.; DICLEMENTE, Carlos C. **Changing for good**. Harper Collins Books, 1994. P. 304.

PROCHASKA, James O.; REDDING, Colleen A.; EVERS, Kerry E. The Transtheoretical Model and Stages of Change. In.: GLANZ, Karen; RIMER, Barbara K.; VISWANATH, K. **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. 4th ed. São Francisco (EUA): Jossey-Bass, 2008.

RAMAGE, S. et al. Healthy strategies for successful weight loss and weight maintenance: a systematic review. **Appl Physiol Nutr Metab**; 39 (1): 1-20, 2014. doi:10.1139/apnm-2013-0026.

RIBEIRO, Meireluci Costa et al. Qualidade do sono em gestantes com sobrepeso. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Ago 2015, vol.37, no.8, p.359-365. ISSN 0100-7203

SAMPAIO, Lílian Ramos; et al. Avaliação bioquímica do estado nutricional. In: SAMPAIO, Lílian Ramos (Org.). **Avaliação nutricional [online]**. Salvador: EDUFBA, 2012, pp.

SAMPAIO, Veruza. **Processo de aprendizagem RNVS** (áudio), 2015. Disponível em: <https://veruzasampaio.com.br/nutrologia/>. Acesso em: 12set2018.

SANTIAGO, Jênifa Cavalcante dos Santos; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; FLORENCIO, Raquel Sampaio. Associação entre excesso de peso e características de adultos jovens escolares: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 250-258, Apr. 2015.

SANTOS, Juliano dos et al. Excesso de peso em funcionários de unidades de alimentação e nutrição de uma universidade do Estado de São Paulo. **Einstein** (São Paulo), Dez 2013, vol.11, no.4, p.486-491. ISSN 1679-4508

SANTOS, Rosa Ferreira dos. Diagnóstico de Síndrome metabólica no adulto. In.: MANCINI, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Tratamento dietético. Projeto Diretrizes**, 2005.

SCHMIDT Maria Inês; et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet, [S.I.]**, n. 9781, v. 377, Jun. 2011, p. 1949-1961.

SEGALLA, Raquel de Melo Boff; et. al. Modificações de hábitos alimentares e sedentarismo em adolescentes com sobrepeso e obesidade. In.: OLIVEIRA, Margareth da Silva; BOFF, Raquel de Melo; CAZASSA, Milton José; DICLEMENTE, Carlo. **Por que é tão difícil mudar?: Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na prática clínica e na promoção de saúde**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017. 320p.

SEIXAS. CM., and LUCENA, BB. O mundo não é um spa: sobre a ética do desejo na clínica da obesidade. In: PRADO, SD., et al. orgs. **Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. [online]**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. Sabor metrópole series, vol. 5, pp. 279-296. ISBN: 978-85-7511-456-8

SILVA, Benedito Martins e et al. Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Jun 2013, vol.40, no.3, p.196-202. ISSN 0100-6991

SILVA, Marcelo Mariano da; CARVALHO, Raquel Santos Marques de; FREITAS, Marcelo Baptista de. Bioimpedância para avaliação da composição corporal: uma proposta didático-experimental para estudantes da área da saúde. **Rev. Bras. Ensino Fís.**, São Paulo, v. 41, n. 2, 2019.

SILVA, Vladimir Schuindt da et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos do Brasil: um estudo de base populacional em todo território nacional. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Set 2012, vol.34, no.3, p.713-726. ISSN 0101-3289.

SMEKE, Elizabeth de Leone M. e OLIVEIRA, Nayara Lúcia S. de. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-136.

SOARES, Daniela Arruda; BARRETO, Sandhi Maria. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Fev 2014, vol.30, no.2, p.341-354. ISSN 0102-311X

SOUZA, Luciana Lopes de; GUEDES, Erika Paniago; BENCHIMOL, Alexandre Koglin. Definições antropométricas da obesidade. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SZUPSZYNSKI, Karen Priscila Del Rio; OLIVEIRA, Margareth da Silva. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 162-173, jun. 2008.

TORAL, Natacha; SLATER, Betzabeth. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, Dec. 2007.

VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In.: VASCONCELOS, Eymard Mourão; PRADO, Ernande Valentin do (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

VIEIRA, Leila Maria; et al. Formação profissional e integração com a rede básica de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 293-304, Mar. 2016.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 185-194, Jan.2010.

WGO. World Gastroenterology Organization. Obesidade. **World Gastroenterology Organization Global**. Guideline, 2011.

WHO. World Health Organisation. **Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks**, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2009.

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148144/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>. ACESSO em: 03 jan. 2020.

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148144/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>. ACESSO em: 03 jan. 2020.

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011. 176p.

WHO. World Health Organization. **Obesity and overweigny – Fact sheet**. Nº 311 updated march, 2013.

WHO. World Health Organization. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva: WHO; 1998.

WHO. World Health Organization. World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva, 2018.

ZANELLA, Maria Teresa; RIBEIRO FILHO, Fernando Flexa. Avaliação da composição corporal. In.: Mancini, Marcio C; et al. **Tratado de obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE – A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE (PPGEs)
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde

Sou **Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães** e estou realizando, juntamente com a Professora Doutora **Ana Cristina Santos Duarte**, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), o estudo intitulado **“EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E/OU OBESIDADE”**. Convidamos o(a) senhor(a) a participar, como voluntário, da nossa pesquisa, que tem como objetivo: Investigar os efeitos do processo educacional para a prevenção e controle do sobrepeso e/ou obesidade na vida de indivíduos submetidos à um protocolo de emagrecimento. Este estudo poderá contribuir para a identificação dos efeitos do processo educacional na vida das pessoas submetidas à um protocolo de emagrecimento. Dessa forma, será possível, após seus resultados, a identificação de estratégias de educação em saúde a serem realizadas por profissionais de saúde, na perspectiva de contribuir para a prevenção e o controle do sobrepeso e/ou obesidade. Ao concordar em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) estará à disposição para responder as perguntas por meio de uma entrevista gravada, com auxílio de gravador. Este estudo não prevê riscos para a sua integridade física, mental ou moral. Entretanto, se alguma pergunta lhe causar desconforto, constrangimento ou incômodo, fique à vontade para não responder a mesma. Em qualquer momento da pesquisa estaremos à sua disposição para esclarecimentos que forem necessários. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Sua identificação e os registros das informações serão mantidos em sigilo, garantindo total anonimato. Nós guardaremos os registros e somente os pesquisadores responsáveis e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste estudo, a sua identificação não será revelada. Caso o(a) senhor(a) aceite participar do estudo, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido precisará ser assinado em duas vias, sendo que uma das vias ficará com o (a) senhor (a) e a outra será arquivada pelos pesquisadores por cinco anos, atendendo o que preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que possam surgir.

Consentimento para participação: Eu _____, estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido (a) quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido, envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício ou prejuízo econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado **“EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E/OU OBESIDADE”** desenvolvido por Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina Santos Duarte, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome do(a) Participante

COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Eu, discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os possíveis desconfortos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Jequié-BA, Data: ____/____/2019

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães
Pesquisador responsável

Jequié-BA, Data: ____/____/2019

Ana Cristina Santos Duarte
Pesquisador colaborador

Se o(a) senhor(a) sentir necessidade de mais informações sobre esta pesquisa, poderá entrar em contato com **Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães** ou **Ana Cristina Santos Duarte** no endereço da UESB, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9738, no Pavilhão Josélia Navarro, na sala do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGEs) ou pelos e-mails: “neia.braga@hotmail.com” e “tinaduarte2@gmail.com”. Ou pode ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, que se localiza no Pavilhão da Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional (CAP) na sala do CEP/UESB, pelo telefone (73) 3528-9727 ou pelo e-mail: cepjq@uesb.edu.br

APÊNDICE – B: Roteiro para entrevista



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE (PPGEs)
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA**

PROJETO DE PESQUISA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO EXCESSO PONDERAL

DOUTORANDA: Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Ana Cristina Santos Duarte

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

ENTREVISTA:

Data: ____/____/2019.

Início: _____ Término: _____

Código do Entrevistado: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1.1 Idade: ____ Anos.

1.2 Sexo: M () F ()

1.3 Formação: _____

1.4 Atividade Profissional: _____

1.5 Altura: _____

1.6 Peso: _____

1.7 Tem: () Sobrepeso () Obesidade

1.8 Qual o seu maior peso? _____

1.9 Já realizou algum protocolo de emagrecimento? Caso afirmativo, qual(is)? _____

2.0 Caso já tenha realizado um protocolo de emagrecimento, qual a maior quantidade de quilos conseguiu eliminar e em quanto tempo? _____

2.1 Caso já tenha realizado algum protocolo de emagrecimento, qual era o seu peso inicial? _____.

2 QUESTÕES DISPARADORAS

- Comente sobre as **vantagem(ns) e/ou benefícios [IMPORTÂNCIA]** em buscar o controle do excesso ponderal.
- Fale sobre suas **estratégias para mudar e/ou controlar** o excesso ponderal.
- Comente sobre as **mudanças de comportamento** que, na sua opinião:
 - contribuíram no controle do excesso ponderal.
 - seria importante no controle do excesso ponderal, mas você não conseguiu realizar.
- Você acredita que precisa **se “educar” para enfrentar o excesso ponderal**. Comente.
- Comente sobre as **ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS** que você utiliza ou acredita ser(em) útil(eis) no enfrentamento do excesso ponderal.
- Fale sobre as **dificuldades ou frustrações** enfrentadas no controle do excesso ponderal.
- Você acredita que, **“algumas estratégias educativas podem modificar nosso comportamento e controlar o excesso ponderal”**? Comente.
- Você acredita que ter **conhecimento acerca as estratégias de emagrecimento e ações educativas** são suficientes para o controle do excesso ponderal? Comente.
- Você consegue reconhecer **quais fatores lhe despertam ansiedade** (te faz perder o foco e te desmotiva).
- Você acredita que a **organização e o planejamento** podem ser seus aliados no controle do excesso ponderal? Como?
- Desde que realizou o protocolo de emagrecimento, até o momento atual, você conseguiu **manter, diminuir ou aumentar seu peso**? Justifique.

ANEXOS

ANEXO – A: Autorização para coleta de dados**AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**

Eu, VERUZA SAMPAIO SANTANA, ocupante do cargo de **MÉDICA NUTRÓLOGA** da **CLÍNICA VS MEDICINA**, AUTORIZO a coleta de dados do projeto intitulado **“EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO EXCESSO PONDERAL”** dos pesquisadores **ANA CRISTINA BARRETO S. DUARTE** e **LUCINÉIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHÃES** após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié-BA, 09 de julho de 2018


Veruza Sampaio Santana
Médica Nutróloga
CRM 13786

ANEXO – B: URICA (*University Rohde Island Change Assessment*)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE (PPGEs)
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO EXCESSO PONDERAL

MESTRANDA: Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Ana Cristina Santos Duarte

URICA (University Rohde Island Change Assessment)
(URICA – HÁBITOS ALIMENTARES)

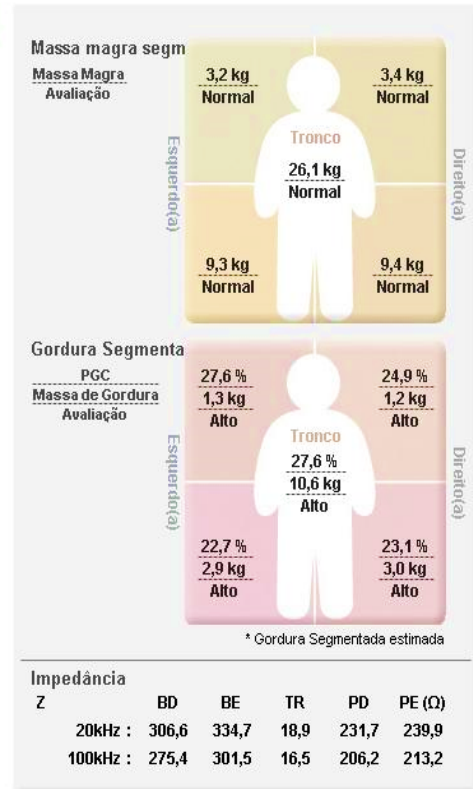
Existem CINCO possíveis respostas	Discordo muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Plenamente
	1	2	3	4	5
1. Eu não tenho nenhum problema com relação a meu hábito de comer que precise ser mudado.					
2. Acho que vale a pena trabalhar no meu problema com relação ao hábito de comer.					
3. Eu não estou com problemas com relação ao meu hábito de comer.					
4. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com o hábito de comer.					
5. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu hábito de comer.					
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação ao hábito de comer.					
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu hábito de comer, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.					
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar o hábito de comer.					
9. Eu tenho um problema com o hábito de comer e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.					
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída em relação ao meu hábito de comer.					
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.					
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com meu hábito de comer, mas não estou.					
13. Eu gostaria ter mais ideias de como solucionar o meu problema com o hábito de comer.					
14. Eu comecei a trabalhar no meu problema em relação ao meu hábito de comer.					
15. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.					
16. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao hábito de comer.					
17. Talvez eu tenha problemas com o meu hábito de comer, mas não creio nisso.					
18. Eu realmente estou fazendo algo com relação ao meu hábito de comer.					
19. As vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com o hábito de comer.					
20. Estou frustrado porque pensei ter resolvido meu problema com o hábito de comer, mas não resolvi.					
21. Eu tenho alguns problemas com o hábito de comer, mas para que perder tempo com isso?					
22. Eu estou trabalhando ativamente no meu problema com o hábito de comer.					
23. Eu preferiria mudar qualquer coisa, mas não vale a pena mudar meu comportamento com relação ao hábito de comer.					
24. Eu fico preocupado em não conseguir manter minha mudança com relação ao hábito de comer.					

Fonte: OLIVEIRA, Margareth da Silva; BOFF, Raquel de Melo; CAZASSA, Milton José; DICLEMENTE, Carlo. **Por que é tão difícil mudar?:** Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na prática clínica e na promoção de saúde. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017. p.101-103.

ANEXO – C: Modelo FICHA DE BIOIMPEDÂNCIA

Composição Corporal

	Abaixo	Normal	Alto	Unidade	Faixa normal
Peso	55 70 85 100 115 130 145 160 175			kg	57,3 ~ 77,5
MME Massa de Músculo Esquelético	70 80 90 100 110 120 130 140 150			kg	28,8 ~ 35,2
Massa de Gordura	40 60 80 100 160 220 280 340 400			kg	8,1 ~ 16,2
A C T Água Corporal Total	44,4 kg (37,9 ~ 46,3)		M L G Massa Livre de Gordura	60,7 kg (49,2 ~ 61,3)	



Diagnóstico da Obesidade

	Valores	Faixa normal	Equação
IMC Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	26,4	18,5 ~ 25,0	$IMC = \frac{Peso,kg}{(Altura,m)^2}$
PGC Porcentual de Gordura (%) Corporal	24,9	10,0 ~ 20,0	$PGC = \frac{Gordura ,kg}{Peso,kg} \times 100$
RCQ Relação Cintura-Quadril	0,93	0,80 ~ 0,90	$RCQ = \frac{Circunferência\ do\ cintura,cm}{Circunferência\ do\ quadril,cm}$
TMB Taxa de Metabolismo Basal (kcal)	1681	1705 ~ 2002	

Controle Músculo-Gordura

Controle de músculo	0,0 kg	Controle de gordura	- 9,4 kg
----------------------------	--------	----------------------------	----------

* Use seus resultados como referência quando for consultar seu médico ou o preparador físico.

Plano de Exercícios

Planeje seus exercícios semanais conforme a tabela abaixo e estime sua perda de peso com essas atividades.

Gasto energético em cada atividade (peso base: /Duração:30 min./unidade:Kcal)					
Caminhada 162	Corrida 283	Bicicleta 242	Natação 283	Alpinismo 263	Aeróbica 283
Tênis de mesa 183	Tênis 242	Futebol 283	Esgrima Oriental 404	Gateball 154	Badminton 183
Racketball 404	Tae-kwon-do 404	Squash 404	Basquete 242	Pular corda 283	Golf 142
Flexões de braço 404	Abdomina Sit-up 404	Treinamento com pesos 404	Exercícios com halteres 404	Banda elástica 404	Agachamento 404
Desenvolvimento do trem superior	Exercícios Abdominais	Prevenção de dores lombares	Força muscular	Força muscular	Manutenção dos músculos inferiores

Como fazer

1. Escolhas as atividades preferidas à esquerda.
2. O gasto energético para cada uma é calculado para 30 minutos de exercício.
3. Preencha as linhas abaixo com os exercícios para 7 dias.
4. Calcule o gasto energético em uma semana.
5. Estime a perda total de peso prevista para um mês, usando a fórmula mostrada abaixo.

Cálculo da perda total de peso prevista para 1 mês (4 semanas)

Gasto Energético (Kcal/semana) × 4 semanas ÷ 7700

Ingestão calórica recomendada por dia.

_____ 0 kcal

ANEXO – D: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO EXCESSO PONDERAL

Pesquisador: LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93617318.9.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.852.159

Apresentação do Projeto:

Reapresentação de um projeto de pesquisa de doutorado, que aborda a problemática do excesso ponderal (sobrepeso e/ou obesidade), que conforme descrito pelas pesquisadoras refere-se a "uma doença crônica, de etiologia multifatorial e, classificado como uma alteração complexa de difícil entendimento". O estudo será realizado numa clínica privada do município de Jequié-BA, com a participação de 30 indivíduos submetidos a um protocolo de emagrecimento. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e também nos prontuários clínicos dos indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme detalhado no projeto, os objetivos são:

Geral: "Investigar os efeitos do processo educacional [educação em saúde] para a prevenção e controle do excesso ponderal na vida de indivíduos submetidos à um protocolo de emagrecimento".

Específicos: "Discutir sobre o processo educacional enquanto ferramenta para prevenção/controle do excesso ponderal;

Conhecer a percepção dos indivíduos participante de um protocolo de emagrecimento sobre a relação entre processo educacional e prevenção/controle do excesso ponderal;

Identificar as estratégias de educação em saúde utilizadas como ferramenta para

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequeizinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.852.159

prevenção/controlar o excesso ponderal;

Verificar se e quais as modificações comportamentais dos indivíduos submetidos ao protocolo de emagrecimento".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram descritos na primeira apresentação do projeto e estão de acordo com o proposto na Res. 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta-se muito bem escrito, com referencial teórico oportuno, metodologia detalhada e estruturada. É de relevância para a área de saúde, considerando-se o aumento do sobrepeso e da obesidade na população e seus impactos na qualidade de vida dos indivíduos. Além disso, poderá contribuir com a proposta de estratégias educativas para o enfrentamento de tais condições.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados. As correções solicitadas no parecer anterior, referentes ao TCLE, foram feitas.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é relevante e apresenta viabilidade.

As correções solicitadas no parecer anterior para adequações no TCLE (1. Substituir "excesso ponderal" por "sobrepeso e/ou obesidade", para facilitar o entendimento dos participantes e 2. Excluir os objetivos específicos) foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 28/08/2018, a plenária CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1176458.pdf	02/08/2018 18:14:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEalterado.pdf	02/08/2018 18:13:42	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.852.159

Ausência	TCLEalterado.pdf	02/08/2018 18:13:42	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoNeia.pdf	09/07/2018 22:37:41	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	09/07/2018 22:36:30	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
Outros	Termocomp.pdf	09/07/2018 22:35:57	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/07/2018 22:34:27	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	09/07/2018 22:33:53	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao4.pdf	09/07/2018 22:33:02	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao3.pdf	09/07/2018 22:32:35	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
Outros	Declaracao2.pdf	09/07/2018 22:31:46	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
Outros	Declaracao1.pdf	09/07/2018 22:31:03	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
Outros	Oficio.pdf	09/07/2018 22:30:16	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	09/07/2018 22:25:34	LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-8683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com